

**ELISA JULIETA DIAS**

**CUIDADOS COM A SAÚDE DE CRIANÇAS: Itinerário  
Terapêutico e Medicina Popular no Rio Tavares  
(Florianópolis/SC)**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, para a conclusão do Curso  
de Graduação em Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2006**

**ELISA JULIETA DIAS**

**CUIDADOS COM A SAÚDE DE CRIANÇAS: Itinerário  
Terapêutico e Medicina Popular no Rio Tavares  
(Florianópolis/SC)**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal  
de Santa Catarina, para a conclusão do  
Curso  
de Graduação em Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Mauricio Pereima  
Professora Orientadora: Dra. Silvia Cardoso Bittencourt  
Professor Co-orientador: Dr. César Paulo Simionatto**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2006**

Dias, Elisa Julieta.

*Cuidados com a saúde de crianças: itinerário terapêutico e medicina popular no Rio Tavares (Florianópolis/SC)* / Elisa Julieta Dias - Florianópolis, 2006.

92p.

Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) -  
Universidade Federal de Santa Catarina – Curso de  
Graduação em Medicina.

**“amar, em vez de esperar ou temer”**

**André Comte-Sponville**

Dedico este trabalho a todas as mães do Rio Tavares.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora, Dra. Silvia Cardoso Bittencourt, pelo apoio, objetividade, paciência e também pelo carinho.

Ao meu co-orientador, Dr. César Paulo Simionatto, exemplo de serenidade e humildade com os pacientes.

A minha mãe pelo amor incondicional. Ao meu pai por toda a confiança que insiste em depositar em mim.

A minha irmã e meu cunhado que me disseram que eu podia plantar o que quisesse.

Ao meu irmão e sobrinho que sempre trazem música.

E a todas as pessoas que de alguma forma participaram da realização do trabalho e do sonho de fazer medicina.

# SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	viii
<b>SUMMARY</b> .....	ix
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	01
<b>2. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	04
<b>2.1 REDES TERAPÊUTICAS E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO</b> .....	04
<b>2.2 MEDICINA OFICIAL/PROFISSIONAL</b> .....	09
<b>2.2.1 BIOMEDICINA</b> .....	09
A) Conceitos de saúde e doença.....	09
B) Pediatria.....	12
<b>2.2.2 OUTRAS ABORDAGENS MÉDICAS/CAM</b> .....	15
<b>2.2.3 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL E NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS</b> .....	16
A) Sistema Único de Saúde.....	16
B) Hospital Infantil.....	17
C) Hospital Universitário .....	18
D) Unidade Local de Saúde do Rio Tavares .....	18
E) SUS e Programa Capital Criança.....	19
<b>2.3 MEDICINA POPULAR</b> .....	19
<b>2.3.1 CONCEITOS SAÚDE E DOENÇA</b> .....	19
<b>2.3.2 MEDICINA POPULAR NO BRASIL</b> .....	23
<b>2.3.3 PLANTAS MEDICINAIS</b> .....	26
<b>2.3.4 A CRIANÇA NA MEDICINA POPULAR</b> .....	29
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	31
<b>3.1 OBJETIVO GERAL</b> .....	31
<b>3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b> .....	31
<b>4. JUSTIFICATIVA</b> .....	32
<b>5. METODOLOGIA</b> .....	33
<b>5.1 MOTIVAÇÃO</b> .....	33
<b>5.2 PESQUISA QUALITATIVA</b> .....	34
<b>5.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA</b> .....	35
<b>5.4 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA</b> .....	37
<b>5.5 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA</b> .....	39
<b>5.6 CATEGORIZAÇÃO</b> .....	39
<b>6. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	41
<b>6.1 AS ENTREVISTADAS</b> .....	41
<b>6.2 A PROCURA PELA MEDICINA OFICIAL/PROFISSIONAL</b> .....	42
<b>6.2.1 SERVIÇOS DE SAÚDE PROCURADOS DENTRE OS RECURSOS OFICIAIS</b> .....	44
<b>6.2.2 SITUAÇÕES EM QUE PROCURARAM RECURSOS DA MEDICINA OFICIAL/PROFISSIONAL</b> .....	51
<b>6.3 A PROCURA PELA MEDICINA POPULAR</b> .....	53

<b>6.3.1 RECURSOS UTILIZADOS/SITUAÇÕES DE PROCURA PELA MEDICINA POPULAR</b>	53
A) Plantas Medicinais	53
B) Benzedeiras	58
C) Homeopatia	64
D) Medicamentos industrializados	65
E) O Farmacêutico	67
F) Outros terapeutas populares	68
<b>6.4 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E REDES TERAPÊUTICAS</b>	69
<b>6.4.1 FATORES MOTIVADORES PARA A BUSCA PELA MEDICINA OFICIAL/PROFISSIONAL</b>	72
<b>6.4.2 FATORES MOTIVADORES PARA A BUSCA PELA MEDICINA POPULAR</b>	78
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	82
<b>NORMAS ADOTADAS</b>	84
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	85
<b>ANEXOS</b>	91
<b><i>ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</i></b>	91
<b><i>ANEXO 2: ROTEIRO PARA ENTREVISTA</i></b>	92



## **RESUMO**

O objetivo desse trabalho foi conhecer estratégias utilizadas por mulheres residentes na área de abrangência da Unidade Local de Saúde do Rio Tavares (ULSRT) para cuidados com a saúde de crianças no período de 1970 a 2005. Buscou-se identificar em quais situações buscavam auxílio à saúde na ULSRT ou em outras unidades oficiais de atendimento à saúde e em quais situações era procurado auxílio na própria comunidade, incluindo práticas da medicina popular e quais os motivos que levaram às escolhas. Adotou-se a metodologia qualitativa, sendo realizadas 13 entrevistas semi-estruturadas com mulheres residentes há mais de 35 anos no Rio Tavares e que tivessem cuidado de pelo menos uma criança no período de 1970 (construção da ULSRT) a 2005. As crianças cuidadas foram filhos e em dois casos também netos. Os primeiros cuidados com a saúde ocorreram no âmbito familiar. Todas referiram como fator determinante da escolha do recurso terapêutico o vínculo com o terapeuta (popular ou oficial) e a gravidade como critério principal para busca de recursos oficiais. Outros fatores destacados foram a disponibilidade de acesso aos serviços de saúde e a classificação de doenças não físicas, para as quais se buscou a medicina popular. Outros pontos encontrados foram: o acesso aos serviços oficiais de saúde parece estar ampliado; atualmente há atribuição de maior importância à puericultura; o uso de chás caseiros foi referido por todas as entrevistadas; o terapeuta popular mais citado foi a benzedeira; foram também relatadas automedicação e procura do farmacêutico para resolver problemas de saúde.

## SUMMARY

This research aims to learn the strategies of women living in the area covered by the Rio Tavares Local Health Center (RTLHC) on how they took care of the children's health between 1970 and 2005, identifying what the situations and reasons were that caused them to visit the RTLHC, other health centers or non-conventional methods within their own communities. The qualitative methodology was applied by means of 13 semi-structured interviews with women living more than 35 years in Rio Tavares and had taken care of at least one child during 1970 (creation of RTLHC) and 2005. Most cases involved children of the women, but two were grandchildren. Their age ranged from 2 to 35 years. The first approach used to heal the children happens at home. All the women stated that there were two determining factor in choosing a treatment: the relation with the agent of cure (whether official or unofficial) and the severity of the disease which led to official health services. Other factors included the available access to the health services and when the health problem was considered non physical, in which case non-conventional method was sought after. Other findings were: access to the health service seems to be growing, greater importance attributed to pediatrics preventive care, all the interviewees used homemade teas, the agent of cure most cited was a "benzedeira" (specific kind of catholics folk healer), self prescribed medicine, and searching for a pharmacist to resolve health problems.

## 1. INTRODUÇÃO

Compreender o que leva uma determinada população a procurar este ou aquele tratamento não é tarefa fácil. Primeiro, é preciso levar em consideração os recursos disponíveis, entendendo a disponibilidade não apenas como acessibilidade física (proximidade e possibilidade de deslocamento) e econômica, mas também como o que aquela possibilidade de tratamento representa para a população, ou seja, qual o *significado simbólico* deste para uma determinada população<sup>1</sup>, se o recurso parece aceitável para as crenças do indivíduo.

Antes disso, deve-se considerar uma etapa importante que é o *reconhecimento de uma doença, anormalidade ou mal-estar*, que se dá de forma diferente em cada população. É esta a etapa que verdadeiramente dá início a todo o processo, pois sem o reconhecimento de uma anormalidade, não haveria a necessidade de busca de tratamento<sup>1,2</sup>.

Para entender como ocorre tal reconhecimento, é importante voltar à conceituação de saúde e doença dessa população.

No caso de uma criança, o reconhecimento e a escolha pela modalidade de tratamento são determinados pelos cuidadores, representados em sua maioria pela família e, mais comumente, pela mãe<sup>1,3,4</sup>.

A investigação do processo de reconhecimento pode ser útil no planejamento dos serviços de saúde. É fundamental o conhecimento da demanda populacional espontânea e dos entraves encontrados por essa população na busca por atendimento. Pode-se somar a isso, a existência de situações em que a população não busca atendimento na medicina oficial<sup>1</sup>, quer pela descrença na habilidade dos profissionais no manejo dessas situações, quer pelo receio da reação dos profissionais, que pode variar de descaso à franca oposição, passando pelo riso, deboche, descrédito e desapontamento.

Afora as situações citadas acima, reconhecidas pela população e desvinculadas da busca aos serviços de saúde oficiais, existem ainda as entidades nosológicas conhecidas pela medicina oficial, mas para as quais a população não busca ajuda por não reconhecê-las como tal ou busca

com uma demora acentuada, dificultando, ou mesmo impossibilitando, os tratamentos preconizados pela medicina oficial<sup>1</sup>. Por exemplo, a hipertensão arterial, que pode ser completamente assintomática, o que dificulta sua suspeição entre os leigos e só pode ser diagnosticada através do exame físico.

Quanto ao primeiro caso, em que a população reconhece uma perturbação na saúde, mas não recorre à medicina oficial, é interessante conhecer os casos particulares de cada população para que o serviço oficial não fique totalmente alienado do que está ocorrendo. A compreensão das aflições e do modo de pensar da população enriquece o cabedal de conhecimento do profissional de saúde que ali trabalha. Ainda quando não caiba ao serviço oficial a resolução dos problemas apresentados, se em algum momento, a participação de um profissional de saúde for requisitada, direta ou indiretamente, a atitude deste é fundamental para que em episódios subseqüentes essa participação possa ser ampliada, reduzida, ou mesmo evitada. Por exemplo, se uma mãe traz para consulta médica um caso de “*arca caída*”<sup>1</sup>, uma entidade nosológica reconhecida pela população, mas sem um correspondente exato na biomedicina, a atitude do profissional repercute na possibilidade de diálogo e de negociação entre eles.

Quanto ao segundo caso, no qual a população não reconhece alterações que constituem doenças específicas na biomedicina<sup>1</sup>, é importante a educação para a saúde dessa população, informando sobre tais entidades nosológicas e seu curso, permitindo à população a integração dessas em sua classificação particular de doenças.

Diante de tal quadro, cabe ainda lembrar a variação individual dentro de cada população. Conhecer a perspectiva geral da população, ainda que insuficiente para compreender as motivações individuais, propicia um excelente ponto de partida para um melhor diálogo<sup>5</sup>.

Ao travar contato com a comunidade do Rio Tavares, localizada no interior da ilha de Santa Catarina, a 20 km do centro da cidade de Florianópolis, percebe-se uma comunidade que conta com recursos diversos para o cuidado com a saúde. Os serviços de medicina oficial são representados no bairro pela Unidade Local de Saúde do Rio Tavares, desde 1972<sup>6</sup>. A Unidade oferece atenção primária à população e se destaca de outras unidades por contar com serviço de

---

<sup>1</sup> “Arca caída” é uma doença conhecida na medicina popular sem correspondência na medicina oficial. Flores e Silva (1991) em seu levantamento sobre medicina popular no Ribeirão da Ilha aponta essa doença como típica de crianças cujos sintomas típicos são “engasgo”, diarreia, “moleira afundada”, vômito e inapetência, e a principal etiologia “pegar a criança de mau jeito”<sup>3</sup>.

acupuntura e possuir um horto de plantas medicinais, constituído essencialmente por plantas nativas. Este horto foi implantado em 2001, seguindo o modelo das Farmácias Vivas<sup>2</sup> proposto por Matos (1997).

Corrêa (2003), em seu estudo sobre o uso da goiaba (*Psidium guajava*) no tratamento da diarreia na comunidade do Rio Tavares, concluiu que 100% dos entrevistados utilizavam o chá e 87,5% relataram usar outros chás/plantas para tratamento de doenças. Esse estudo mostra a valorização do uso de plantas medicinais pelos populares da comunidade estudada<sup>8</sup>.

Neste contexto, o horto pode representar um ponto de diálogo entre os profissionais que atuam na Unidade de Saúde e a população local que valoriza terapia com plantas medicinais.

Além do uso das plantas, conforme já exposto, podem existir outras formas de cuidados com a saúde utilizadas pelas famílias, nem sempre mencionadas ao profissional da saúde.

A proposta deste trabalho é conhecer as estratégias da população do Rio Tavares na busca por cuidados com a saúde de crianças, de 1970 até 2005, período de consolidação da atuação da Unidade Local de Saúde do Rio Tavares. A partir deste estudo, a pesquisa pretende contribuir para um melhor diálogo entre a população e o sistema oficial de saúde.

---

<sup>2</sup> Farmácias Vivas é um projeto estruturado a partir das recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) referentes ao uso de plantas medicinais em atenção primária à saúde com o objetivo de estimular a prática de fitoterapia, especialmente nos serviços públicos, e com isso oferecendo meios eficientes para utilização de plantas, com eficácia e segurança terapêuticas garantidas, substituindo o uso caseiro empírico<sup>7</sup>. Nesse processo, as plantas são estudadas com base nas etapas farmacológicas de validação do seu uso e a escolha das plantas a serem estudadas deriva principalmente do conhecimento empírico local<sup>7</sup>.

## 2. REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 REDES TERAPÊUTICAS E ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Langdon (2003) descreve a doença como um processo, partindo de uma nova e dinâmica concepção de cultura, como expressão humana frente à realidade. Três passos caracterizam este processo: (1) a interpretação dos sintomas, (2) o diagnóstico e escolha do tratamento e (3) a avaliação do tratamento. Essa seqüência de eventos é motivada por dois objetivos: a compreensão do sofrimento e o alívio deste<sup>2</sup>, guiando o paciente na procura por um serviço de saúde.

Kleinman, citado por Helman, apresenta as alternativas: informal, popular e profissional, conectadas como redes terapêuticas em cujo centro encontra-se o doente<sup>1</sup>.

A alternativa informal é o campo leigo, não profissional e não especializado da sociedade, onde, em primeiro lugar, as doenças são reconhecidas e definidas, para depois iniciarem as atividades terapêuticas. Na alternativa informal estão incluídas: automedicação, aconselhamento com parentes, amigos, vizinhos, colegas de trabalho ou mesmo contato informal com representantes das alternativas popular e profissional. Nesse setor, a principal assistência à saúde é representada pela família. Há estimativas de que cerca de 70 a 90% dos tratamentos em saúde ocorrem no âmbito familiar<sup>1</sup>.

A alternativa popular conta com especialistas em métodos de cura que não fazem parte do sistema médico oficial e ocupam uma posição intermediária entre as alternativas informal e profissional. A maioria destes especialistas compartilha os valores culturais e visões de mundo das comunidades a que pertencem, incluindo crenças sobre a origem, significado e tratamento de doenças. Nessa alternativa, é freqüente o envolvimento da família no diagnóstico e tratamento<sup>1</sup>.

A alternativa profissional compreende profissões sindicalizadas e legalizadas, como a medicina científica ocidental ou alopátia<sup>1</sup>. No campo da medicina profissional no Brasil estão incluídas, ainda, especialidades médicas, como a homeopatia e acupuntura<sup>9</sup>, que não

compartilham do saber biomédico em relação a sua forma de conceber o processo saúde-doença e a forma de tratá-la.

É importante lembrar que essas categorias não são completamente estanques, de modo que um medicamento oficial pode ser utilizado na alternativa informal, no caso de automedicação, ou ainda na popular, no caso da recomendação deste por um curandeiro. Helman (1994), em pesquisa realizada no Reino Unido, obteve dados alarmantes: a automedicação é duas vezes mais comum que a medicação prescrita<sup>1</sup>.

Conforme exposto anteriormente, pode-se então perceber que as redes terapêuticas, segundo Helman (1994), constituem-se nas conexões entre as três alternativas. “Os aconselhamentos e tratamentos passam ao longo das conexões da rede, iniciando pelos conselhos da família, dos amigos, dos vizinhos, dos amigos de amigos, e passando aos curandeiros populares sagrados e seculares ou aos médicos”<sup>1</sup>. A escolha entre as alternativas não é exclusiva, diferentes recursos podem ser utilizados simultaneamente ou em sequência.

Diferentes situações criam conexões distintas entre as três alternativas, pois o processo de escolha é complexo, influenciado pelo contexto em que ocorre e inclui, segundo Helman (1994), os tipos de assistência disponíveis, o custo, as condições sócio-econômicas do paciente e o modelo explanatório utilizado para explicar seu problema de saúde<sup>1</sup>.

Buchillet (1991) explica que o conceito “itinerário terapêutico” foi forjado por Augé (1984) ao se referir aos diferentes percursos feitos pelo paciente em busca de tratamento. Assim, itinerário terapêutico é “o conjunto de processos implicados na busca de um tratamento desde a constatação de uma desordem, passando por todas as etapas institucionais (ou não) onde podem se atualizar diferentes interpretações (paciente, família, comunidade, categorias de curadores etc.) e curas”<sup>10</sup>.

A autora coloca este conceito como capaz de “esclarecer a lógica subjacente às representações e comportamento dos indivíduos, à escolha das instituições e tratamentos assim como das estratégias concretas das diferentes categorias de indivíduos ou instituições implicadas na resolução de um problema de saúde em particular”<sup>10</sup>.

Acrescenta ainda, que quando aparece uma doença, um primeiro diagnóstico é estabelecido pelo próprio paciente, sua família ou comunidade, baseado nas manifestações patológicas e nos elementos que presidiram sua aparição. Coloca que a primeira preocupação é o

alívio dos sintomas, sendo utilizado tratamento com plantas ou com drogas. Em caso de agravamento, persistência ou aparecimento de outros sintomas, o caráter crônico leva a um nível de interpretação mais profundo. Essa preocupação se refere à busca de uma origem para a doença, relacionando a doença particular com seu meio físico e social<sup>10</sup>.

Loyola coloca que em caso de doença, a população recorre primeiramente aos “conhecimentos terapêuticos familiares, na experiência acumulada por ocasião de doenças anteriores”. A autora utiliza a denominação ‘itinerários terapêuticos’ para descrever as estratégias adotadas pela população buscando cuidados à saúde<sup>11</sup>.

No grupo estudado por Loyola, populares de um bairro em Nova Iguaçu – Rio de Janeiro, mais de metade das doenças são tratadas fora do sistema de saúde. Ela atribui a homogeneidade de demanda por recursos de saúde encontrada na população à ausência de recursos médicos, pobreza e grande solidariedade entre os vizinhos<sup>11</sup>.

O contexto sócio-cultural exerce influência decisiva na forma de expressão das doenças e na busca de tratamento. Dessa forma, para uma melhor intervenção sobre os indivíduos, é fundamental conhecer seu universo sócio-cultural<sup>5</sup>. O entendimento das doenças como processos puramente biológicos é insuficiente, não apenas pela importância de fatores sócio-culturais na patogênese, como pela relação direta entre a inserção sócio-cultural e na conduta adotada frente à doença. “Não podemos compreender as reações das pessoas à doença, morte ou outros infortúnios sem compreender o tipo de cultura em que foram educadas ou assimilaram por convivência”<sup>1</sup>.

Os conceitos de enfermidade (disease) e doença (illness) podem ajudar a compreender as diferenças de percepção dos problemas de saúde entre médicos e leigos<sup>1</sup>.

A enfermidade (disease) representa a perspectiva médica, com as seguintes premissas, destacadas por Helman: racionalidade científica, ênfase na mensuração objetiva e numérica, em dados psicoquímicos, dualismo mente-corpo, visão das enfermidades como entidades e ênfase sobre o paciente individual. O autor aponta a visão da enfermidade como desvio de valores considerados como normais e, nesse sentido, cada enfermidade (disease) é constituída por uma “personalidade” com uma causa, quadro clínico e história natural característicos, a ser investigada e tratada de forma apropriada<sup>1</sup>.



A doença (illness) se refere à resposta subjetiva do paciente, e de todos que o cercam ao seu mal-estar. Particularmente, é a maneira como são interpretadas a origem e importância do evento, o efeito deste sobre seu comportamento e relacionamento com outras pessoas, e as diversas providências tomadas por ele para remediar a situação. O autor destaca que uma mesma enfermidade (disease) pode ser interpretada de formas diversas por pacientes de culturas diferentes, o que influencia o comportamento e a escolha de tratamento. “Illness” é considerado um conceito mais abrangente, que inclui não apenas a experiência pessoal do problema como o *significado* que o indivíduo confere à mesma<sup>1</sup>.

Conforme exposto anteriormente, é válido lembrar que a família representa a principal assistência na alternativa informal, constituindo o ponto de partida para o delineamento de uma rede terapêutica, na medida em que identifica os problemas de saúde e tece as considerações sobre a escolha do recurso a ser buscado e a adesão ao tratamento<sup>1</sup>.

Além da divisão apresentada por Helman, referente às escolhas populares em caso de doença (alternativas informal, popular e profissional)<sup>1</sup>, existem outras classificações em relação aos recursos terapêuticos utilizados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta o termo Medicina Tradicional (MT), definido como a soma total do conhecimento, habilidades e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências nativas de diferentes culturas, explicáveis ou inexplicáveis, usadas para a manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, no alívio ou tratamento de doenças físicas ou mentais. Os termos medicina complementar/alternativa/não convencional são permutáveis com o termo medicina tradicional em alguns países<sup>12</sup>.

Nos países onde o sistema de saúde dominante é baseado na biomedicina, ou onde a MT não foi incorporada ao sistema de saúde nacional, MT é, frequentemente, denominada medicina “complementar”, “alternativa” ou “não-convencional”<sup>13</sup>.

Os termos “complementar” e “alternativa” (e às vezes também “não-convencional” ou “paralela”) são usados para se referir a um amplo conjunto de práticas de saúde que não fazem parte da tradição do próprio país ou não estão integradas no seu sistema de saúde dominante. Por exemplo, fora da Ásia, a Medicina Tradicional Chinesa é denominada medicina alternativa/complementar (CAM)<sup>13</sup>.

Metcalf, Berger e Negri (2004) definem MT como o conjunto de conhecimentos, ações e procedimentos que constituem patrimônio cultural da população<sup>9</sup>.

Esses autores definem de forma distinta a CAM, “composta por uma diversidade de práticas, algumas das quais fazem parte de sistemas terapêuticos completos que vêm sendo praticados há milênios, enquanto outras não passam de modismos”. Nessa definição, são incluídas a acupuntura e homeopatia, que, no entanto, representam parte do conhecimento médico oficial/formal hoje no Brasil, sendo especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina<sup>9</sup>.

A alternativa popular descrita por Helman<sup>1</sup> pode incluir algum tipo de MT descrita pela OMS<sup>12,13</sup> bem como algum tipo de CAM. Porém, a CAM também pode estar incluída na alternativa profissional, no caso de serviços das especialidades médicas oficialmente reconhecidas.

Wiseman (2004) em seu artigo “Designations of Medicines”, coloca que a proliferação de medicinas concorrendo por reconhecimento nos serviços de saúde gera dificuldades na sua denominação. Segundo o autor, a palavra medicina significa essencialmente a arte de curar, enquanto o termo MT denota qualquer tradição médica com uma longa história. Wiseman avalia medicina complementar como um termo genérico que denota práticas médicas consideradas como válidas à complementação da biomedicina e, paralelamente, considera medicina alternativa como práticas médicas consideradas alternativas à biomedicina. Ele aponta ainda a possibilidade de uso do termo CAM para designar práticas médicas que podem tanto complementar como representar alternativas à biomedicina<sup>14</sup>.

A biomedicina é apresentada por Wiseman como próxima dos termos biomedicina moderna ocidental, medicina ocidental, medicina moderna, medicina ortodoxa. Biomedicina é avaliada como um termo apropriado para uma medicina baseada em ciências biológicas<sup>14</sup>. Kleinman, citado por Langdon, considera a biomedicina distinta de outros modelos médicos pelo enfoque principal da biomedicina na biologia humana, como processo físico/material e no dualismo entre corpo/mente, bem como a perspectiva etiológica como um processo único, composto de causa, patologia e tratamento<sup>2</sup>.

Wiseman ainda esclarece o termo medicina alopática como uma medicina cujo tratamento se baseia na oposição, contrapondo-se, principalmente, à homeopatia<sup>14</sup>.

Queiroz (1993) apresenta o conceito de “medicina popular como sendo todas as representações e práticas relativas à saúde e à doença que se manifestam independentemente do controle da medicina oficial, ou seja, aquela medicina institucionalizada e regulamentada pelo poder público constituído”. O autor destaca, na população estudada, duas áreas distintas de medicina popular: medicina caseira e religiosa, sendo a primeira baseada predominantemente no uso de plantas medicinais e a última na benzedura<sup>4</sup>.

A medicina caseira, integrante da medicina popular, segundo Queiroz<sup>4</sup>, representa a alternativa informal, no modelo de Helman.

No presente trabalho, os termos medicina popular e oficial são adotados de acordo com a definição de Queiroz<sup>4</sup>. O termo medicina popular abarca as alternativas informal e popular de Helman, ao passo que, o termo medicina oficial, constitui a alternativa profissional. A medicina oficial é representada pela biomedicina, de forma predominante, mas não exclusiva, pois pode incluir abordagens como a acupuntura e a homeopatia, que são reconhecidas como práticas profissionais, porém possuem outras formas de atuar no processo saúde-doença. O termo CAM, na concepção de Wiseman<sup>14</sup>, será usado quando for feita referência a homeopatia e acupuntura. O reconhecimento destes termos (medicina tradicional/popular, medicina oficial, medicina alternativa/complementar), ainda que insuficiente na análise de situações intermediárias, é fundamental para o desenvolvimento deste estudo, pois este estudo se propõe a reconhecer as diferentes abordagens de cuidado com a saúde.

## **2.2 MEDICINA OFICIAL/PROFISSIONAL**

### **2.2.1 BIOMEDICINA**

#### **A) Conceitos de saúde e doença**

Laprega (2005) afirma que as primeiras interpretações sobre a causalidade das doenças, na Antigüidade, podem ser divididas em duas vertentes: uma que considerava o corpo como receptáculo de uma causa externa (natural ou sobrenatural) e outra que entendia doença como

desequilíbrio entre os elementos que compõem o corpo, devido a alguma alteração no ambiente físico. As medicinas chinesa e grega também estão baseadas nessa concepção de equilíbrio<sup>15</sup>.

Na Idade Média, houve predomínio da noção de doença como punição divina. Com o Renascimento, surgiu a teoria dos miasmas, hegemônica até o aparecimento da bacteriologia na segunda metade do século XIX<sup>15</sup>.

O autor destaca a concepção da causalidade social das doenças no final do século XVIII e aponta a participação de pensadores como Virchow e Neumann no entendimento de que “o pensamento a respeito das concepções de saúde e doença é histórica e socialmente determinado, e que, portanto, reflete em todos os casos as condições e contradições presentes na sociedade”. Apresenta ainda a contribuição do pensamento de Marx na visão da saúde como processo social<sup>15</sup>.

O desenvolvimento da bacteriologia representou a inauguração de uma concepção unicausal das doenças. A partir disso, o autor aponta mudanças na concepção de saúde e doença no desenvolvimento de correntes da epidemiologia no século XX, apresentando modelos de cadeias e redes de causalidade. Nesta época, a epidemiologia defende que a prevenção da doença pode ser feita através da identificação dos vários fatores associados a uma doença. Uma rede de associações é elaborada, permitindo a priorização de ação sobre relações que possam sofrer alguma intervenção<sup>15</sup>.

O modelo de história natural da doença de Leavell e Clark, apresentado por Laprega, divide os fatores causais em três conjuntos, relacionados com o agente, com o hospedeiro e com o meio ambiente. Os fatores relacionados com os agentes podem ser biológicos, nutrientes, químicos, físicos ou mecânicos e desencadeiam ou perpetuam processos mórbidos com sua ausência ou presença. Aqueles relacionados com o hospedeiro referem-se as características do paciente: idade, sexo, etnia, estado civil, hereditariedade, profissão, etc. E, finalmente, os relacionados com o meio ambiente tratam do ambiente físico (clima, tempo, estações do ano, geografia, etc), ecológico, social e econômico<sup>15</sup>.

Este modelo de multicausalidade gerou uma proposta de níveis de prevenção vinculados às etapas da história natural das doenças. A história natural da doença inicia com o período pré-patogênico, no qual há interação entre agente, hospedeiro e meio ambiente antes de o indivíduo adoecer. Neste nível está a proteção primária, que pode ser dividida em promoção da saúde e

proteção específica. A promoção à saúde constitui-se de medidas destinadas a promover a saúde das populações em geral, sem se aplicar a nenhuma doença específica<sup>15</sup>. Por exemplo, a oferta de atividades de lazer e de educação alimentar para a população em geral. Já a proteção específica, também chamada de prevenção, trata de medidas aplicáveis a uma doença ou grupo de doenças, tendo como exemplos a imunização ou o uso de preservativos<sup>15</sup>.

No período patogênico ocorrem as alterações precoces, os primeiros sinais e sintomas, estágio avançado da doença e convalescença. A prevenção secundária consiste em dois níveis: diagnóstico precoce e tratamento imediato ou medidas de limitação da incapacidade. Já a prevenção terciária ocorre na última etapa do período patogênico (convalescença) e consiste em atividades de reabilitação<sup>15</sup>.

No Canadá, o Relatório Lalonde apresentou no campo da saúde, em 1973, um arcabouço dividido em quatro elementos a partir dos quais ocorre a discussão sobre a causalidade das doenças: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde. Esse relatório é utilizado como referência no Brasil para o Programa Saúde da Família<sup>15 3</sup>.

A dificuldade na conceituação está explicitada por Rojas, citado por Laprega: “é muito difícil definir o que é saúde e estabelecer os limites onde começa a enfermidade. Porque saúde e enfermidade são dois estados entre os quais o indivíduo flutua em toda a sua vida, duas condições estreitamente ligadas por conexões recíprocas”<sup>15</sup>.

Laprega (2005) mostra ainda como, ao longo da história, saúde já foi considerada como silêncio orgânico ou normalidade de funções orgânicas, físicas e mentais. E conclui com a recomendação de “considerar saúde e doença como um processo ao mesmo tempo natural e social”<sup>15</sup>.

Segre e Ferraz (1997) apresentam críticas à clássica definição de saúde da OMS (1948): “um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças”. O autor propõe a definição de saúde como um estado de razoável harmonia entre sujeito e sua própria

---

<sup>3</sup> O Programa de Saúde da Família (PSF), também denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), iniciou em 1994 e “é um modelo de organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde peculiar do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS), baseado em equipes multiprofissionais compostas por, no mínimo, um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, responsáveis pela atenção integral a cerca de 800 famílias, residentes em um território rural ou urbano, com limites geográficos definidos”<sup>16</sup>.

realidade, resgatando o subjetivismo e a autonomia do ser humano em oposição a avaliações externas e supostamente objetivas da atual definição da saúde<sup>17</sup>.

## **B) Pediatria**

No âmbito da medicina oficial, a pediatria é o campo “que atende os problemas da criança, isto é, do ser humano em seu período de desenvolvimento – da fecundação à puberdade”<sup>18</sup>. Behrman aponta o surgimento da pediatria como especialidade há mais de um século. Segundo o autor, os pediatras devem se preocupar com influências sociais ou ambientais bem como com os sistemas orgânicos e processos biológicos específicos<sup>19</sup>.

Behrman destaca o início do século XX como revolucionário para a saúde infantil pela introdução de agentes antibióticos, maior controle sobre doenças infecciosas e outros avanços técnico-científicos. Aponta as duas últimas décadas deste século como marcadas por conhecimento acelerado e surgimento de novas condutas pelos avanços na biologia molecular e genética bem como na imunologia. Também ressalta a maior atenção dada aos aspectos comportamentais e sociais da infância, com descobertas de psicólogos, psiquiatras, neurocientistas, sociólogos, antropólogos, etnólogos e outros sobre o potencial humano<sup>19</sup>.

A pediatria pode ser dividida em Puericultura e Pediatria Curativa (ou Clínica Pediátrica), sendo a primeira, segundo Alcântara (2003), responsável pelo cuidado da manutenção das condições de normalidade e a segunda, pela sua restauração, quando alterada<sup>18</sup>.

A pediatria é vista como um campo peculiar da Medicina, por cuidar dos problemas de um período de vida. A criança é considerada mais vulnerável que os adultos, pois as taxas de mortalidade são inversamente proporcionais a idade do ser humano, até a fase adulta. Este padrão se altera na velhice, quando a mortalidade torna-se superior aos índices dos adultos e crianças<sup>18</sup>.

Alcântara (2003) reflete sobre o caráter unitário da criança, que, enquanto ser em desenvolvimento, possui maior fragilidade em todos os setores, gerando mútua dependência entre eles. A criança comumente adoece de forma global, ou seja, agressões em um determinado setor provocam repercussões em outros setores, determinando uma resposta global<sup>18</sup>. Por exemplo, uma infecção localizada tende a apresentar manifestações sistêmicas, como anorexia e queda do estado geral, influenciando todas as atividades da criança, de forma mais intensa que no adulto<sup>18</sup>.

Além disso, pela própria característica de um ser em desenvolvimento, quanto menor a criança, mais ela depende dos seus cuidadores para localizar seu desconforto e buscar auxílio em caso de doença.

O autor caracteriza a assistência à criança como vigilante e preconiza uma atenção global à sua saúde, denominando a pediatria curativa como pediatria curativa global. O caráter vigilante está presente na puericultura, definida como um conjunto de previsões e medidas preventivas, “afastando fatores morbígenos relativos a todos os setores biopsíquicos da criança”<sup>18</sup>.

Marcondes (2003) propõe seis diagnósticos sobre a saúde da criança que devem ser estabelecidos na consulta de puericultura: estado nutricional, desenvolvimento físico, desenvolvimento neuropsicomotor, desenvolvimento pubertário (para adolescentes), diagnóstico de alimentação e imunização<sup>20</sup>.

Alcântara (2003) mostra que o conceito de *normalidade* está intimamente ligado ao de *anormalidade*, sendo o último uma variação do primeiro. Utiliza, como ponto de partida, o conceito de normalidade como os “valores mais freqüentes”, ressaltando que valores menos freqüentes podem ser normais para determinadas crianças. Explica que “*averiguação e avaliação da normalidade e averiguação e avaliação da anormalidade* são aspectos de um só problema, o ‘conhecimento da criança’, a fim de bem assisti-la”<sup>18</sup>.

Behrman descreve três instrumentos que o médico deve usar ao lidar com os problemas de crianças e suas famílias: *cognitivos, interpessoais ou manuais e atitude*. *Cognitivos* são informações reais atualizadas sobre diagnóstico e tratamento facilmente disponíveis na memória ou em fontes acessíveis. *Interpessoais ou manuais* é a capacidade de realizar anamnese e exame físico apropriados, bem como procedimentos diagnósticos e terapêuticos, p.ex. punção venosa ou mesmo atendimento à parada cardio-respiratória. *Atitude* é o “compromisso do médico com a implementação mais completa possível do conhecimento e habilidades para o bem de crianças e suas famílias numa atmosfera de sensibilidade e preocupação”<sup>19</sup>.

Machado destaca que, na pediatria, o relacionamento médico-paciente é quase sempre indireto, pelas características de dependência e incapacidade de verbalização da criança até certa idade. A mãe da criança (menos comumente o pai ou outros familiares) media o relacionamento, descrevendo a história das perturbações, informando sobre o seu desenvolvimento e executando as prescrições do médico<sup>21</sup>.

A autora coloca que com o nascimento de um filho, a mãe se encontra num estado afetivo muito especial, adivinhando as suas necessidades e se dedicando integralmente a ele. Para isso, ela regride para suas vivências pessoais de primeira infância. Na presença da doença, principalmente uma doença grave, a regressão da mãe ao nível afetivo evolutivo da criança é mais intensa. A ansiedade gerada pela doença pode provocar um bloqueio ansioso, no qual os processos de pensamento racional ficam muito prejudicados. Tudo isso interfere na conduta da mãe frente a uma alteração na saúde do filho e deve ser considerado pelo médico, pois ela é a intermediária na relação deste com a criança<sup>21</sup>.

Ela avalia ainda a atitude dos médicos em relação às mães de seus pacientes, destacando três modelos principais<sup>21</sup>.

No primeiro, a superidentificação do médico com a criança coloca-o no papel de “defensor”, com *poder* sobre as doenças e manifestando hostilidade contra a mãe, que pode ser vista como culpada pela doença do filho<sup>21</sup>.

Já no segundo modelo, há uma atitude dominadora, em que o médico, dotado de seu grande *saber*, utiliza toda a sua técnica no combate à doença, sem hostilidade, distante emocionalmente<sup>21</sup>.

No terceiro e último modelo, o médico adota uma atitude empática em relação à mãe e à criança, pondo em prática seu conhecimento, porém permitindo que o processo de cura seja assumido pela dupla mãe-médico<sup>21</sup>.

Machado, citando Yudkin, também chama atenção para o fato de que a queixa principal trazida pela mãe nem sempre é a principal preocupação que a doença causa à mãe. Preocupações com problemas considerados familiares ou graves podem estar presentes junto à queixa manifesta, constituindo a queixa latente. A autora lança mão de um exemplo de uma mãe que traz à consulta seu filho pálido, sendo que a palidez preocupa menos a mãe do que uma associação que esta mãe faz desse sintoma com leucemia<sup>21</sup>.

Pachter aborda questões culturais na assistência pediátrica, colocando que, embora a biomedicina seja o sistema de crença médica dominante, as pessoas podem combinar a biomedicina com outras crenças e comportamentos de base individual, cultural ou social. “Esta abordagem pluralista da saúde e da doença ocorre, em alguma extensão, em todos os indivíduos”<sup>22</sup>.



O autor aponta a “distância cultural” entre médico e paciente como responsável por erros de comunicação. Refere-se a um erro mais que lingüístico, pois pode incluir a essência da percepção e definição de saúde e doença. Aponta a necessidade de uma assistência culturalmente sensível, construída em três etapas. A primeira é o conhecimento de crenças culturais comumente ocultas e estilos de interação culturalmente normativos entre os pacientes. A segunda é a avaliação dos efeitos dessas crenças sobre a saúde do paciente e família. A terceira é a negociação entre as crenças etno-culturais e práticas do paciente e a cultura da biomedicina para a promoção da saúde<sup>22</sup>.

O ambiente cultural influencia o que é considerado desenvolvimento normal, pois os valores culturais afetam as expectativas dos pais acerca do comportamento e temperamento de uma criança<sup>22</sup>.

### **2.2.2 OUTRAS ABORDAGENS MÉDICAS/CAM**

Ainda dentro do quadro de práticas oficiais de saúde no país, estão situadas duas especialidades cujo corpo de conhecimento baseia-se em teorias que fogem ao modelo biomédico oficial dominante, a homeopatia e a acupuntura<sup>9</sup>.

Samuel Hahnemann foi o pioneiro do sistema que forma a prática homeopática moderna. Este médico do século XVIII insatisfeito com a toxicidade dos medicamentos ortodoxos de seu tempo, desenvolveu os três princípios básicos da homeopatia: *similia similibus* (semelhante cura semelhante); administração de quantidades diminutas do medicamento a fim de aumentar sua potência e diminuir sua toxicidade (a diluição seguida de dinamização) e a administração de um único medicamento de cada vez<sup>23</sup>.

No Brasil, a homeopatia foi introduzida em 1840 pelo médico francês Benoît Jules Mure, discípulo direto de Hahnemann. Em 1977 passou a ser reconhecida como uma especialidade farmacêutica e, no ano de 1980, passou a ser reconhecida pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) como Especialidade Médica<sup>24</sup>.

Martins e García (2003) apontam a acupuntura como um componente importante da Medicina Chinesa Tradicional<sup>4</sup> e destaca a importância de seu uso na eliminação da dor e no auxílio a problemas ortopédicos<sup>25</sup>.

Metcalf, Berger e Negri (2004) referem que no paradigma tradicional chinês, acredita-se que a energia vital do corpo (*chi* ou *qui*) circula através de 14 meridianos, ligados aos diferentes órgãos e funções fisiológicas e que o desequilíbrio desta energia leva à doença. A acupuntura, além da dietoterapia e fitoterapia, pode recuperar a saúde ao restabelecer o fluxo normal de energia. Os autores colocam que a acupuntura consiste na colocação de agulhas finas em algum dos 2000 pontos conhecidos no corpo<sup>9</sup>.

A acupuntura foi reconhecida como especialidade médica no Brasil em 1995 por Resolução do CFM<sup>26</sup>.

### **2.2.3 A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL E NO MUNICÍPIO DE FLORIANÓPOLIS**

#### **A) Sistema Único de Saúde**

A atual conformação do sistema de saúde do país sofreu influências que remontam ao século passado. Pustai (2004) dividiu a saúde pública brasileira do último século em grandes períodos para uma melhor compreensão<sup>27</sup>.

Na década de 50, o modelo sanitário campanhista predominava, declinando na década de 60. O autor aponta o momento de urbanização e industrialização como causador do surgimento de uma grande massa de assalariados com necessidade de um atendimento médico previdenciário. Ele associa a esta situação e ao governo ditatorial da época a responsabilidade pelo modelo médico-assistencial privatista que foi hegemônico até o fim dos anos 70. Suas principais características foram “centralização político-administrativa e a tomada de decisões a cargo da tecnoburocracia com exclusão da cidadania, o modelo assistencial dicotômico entre

---

<sup>4</sup> A Medicina Chinesa Tradicional vê a saúde como um equilíbrio harmonioso entre dois princípios cósmicos contrastantes, *Yin* e *Yang*. *Yin* é descrito como escuro, úmido, aquoso e feminino e *Yang* como quente, seco, fogo e masculino. Os órgãos do corpo são visto como predominantemente *Yin* ou *Yang*, sendo as doenças um desequilíbrio, geralmente um excesso de um desses princípios<sup>1</sup>.

ações curativas e preventivas, acesso não-universal e financiamento privilegiado para a expansão dos serviços privados”<sup>27</sup>.

Na década de 80, o aprofundamento da crise econômica e a instalação do processo de redemocratização trouxeram mudanças. Em 1983 foram criadas as Ações Integradas em Saúde (AIS) com forte influência de setores vinculados à Reforma Sanitária, numa tentativa de integrar as políticas de saúde. Segundo Pustai, em 1986, com a 8ª Conferência Nacional de Saúde e posteriormente a elaboração da nova Constituição, o movimento sanitário e o governo “reencontram-se com os movimentos sociais populares”<sup>27</sup>. Em 1987 foi lançado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS). Com a promulgação da nova Constituição, em 1989, e sua regulamentação “compôs-se um arcabouço jurídico bastante avançado, contemplando as principais diretrizes do que deveria ser a base legal do Sistema Único de Saúde (SUS)”. As diretrizes do SUS são universalidade, equidade, integralidade, hierarquização e regionalização, descentralização e controle social. Em 1994 foi criado o PSF, que continua em implantação em todo o Brasil<sup>27</sup> (ver nota de rodapé na p.11)

## **B) Hospital Infantil**

“No período de 1939 a 1962, chegaram a Santa Catarina vários pediatras com o objetivo de fundar e organizar a pediatria catarinense. Na evolução, um grupo de pediatras fundou em Florianópolis, o Hospital Infantil Edith Gama Ramos”<sup>28</sup>.

Em 1979, Ano Internacional da Criança, foi inaugurado o Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), substituindo o Hospital Edith Gama Ramos. O HIJG é vinculado à Secretaria Estadual da Saúde<sup>28</sup>, apresentando atendimento tanto pelo SUS quanto pelo setor privado.

Em 2004, o HIJG comemorou 25 anos. Nesta ocasião, contava com 146 leitos e um quadro funcional composto por 805 servidores. É pólo de referência Estadual para doenças de baixa, média e alta complexidade, sendo 68,83% pacientes oriundos de Florianópolis e da Grande Florianópolis. Atende diversas especialidades, como cirurgia pediátrica, terapia intensiva pediátrica e neonatal, nutrologia, gastroenterologia, neurologia, cardiologia, genética, entre outras. Conta ainda com profissionais em áreas afins, tais como: farmacêuticos, assistentes

sociais, psicólogos, pedagogos, nutricionistas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes operacionais e administrativos, direção e um grupo de voluntários<sup>28</sup>.

### **C) Hospital Universitário**

O Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago (HU) foi fundado em 1980 e apresenta leitos e ambulatório de clínica pediátrica desde sua fundação. Também conta com serviços especializados de emergência pediátrica<sup>29</sup>.

O HU atua nos três níveis de assistência, o básico, o secundário e o terciário, sendo referência estadual em doenças de maior complexidade<sup>29</sup>.

Em 1995 foram implantadas a Tocoginecologia, com o Centro Obstétrico e as Unidades de Neonatologia. Destaca-se ainda o título de Hospital Amigo da Criança, a participação no Programa Capital da Criança e Internato da 10ª fase em Programas de Saúde Comunitária e PSF<sup>29</sup>.

Está localizado no Campus Universitário, em Florianópolis, e todo o atendimento é oferecido gratuitamente<sup>29</sup>.

### **D) Unidade Local de Saúde do Rio Tavares**

A Unidade Local de Saúde do Rio Tavares (ULSRT) desde a sua implantação, em 1972<sup>6</sup>, foi uma unidade de saúde de administração municipal. Sediada na Rodovia Antônio Luiz M. Gonzaga, inicialmente, na atual localização da Escola Básica Municipal João Gonçalves Pinheiro. Há cerca de 10 anos<sup>5</sup> passou a se localizar na mesma rodovia, porém a alguns metros de distância, em construção sem número e que possui como principal referência a Igreja de Pedra, que fica ao lado da ULSRT.

Possui uma equipe do PSF, um pediatra e um dentista, além do Programa de Articulação Docente Assistencial, na qual alunos universitários desenvolvem atividades curriculares, supervisionados por um médico, visando uma nova estratégia na formação dos profissionais de

---

<sup>5</sup> Segundo informações dos funcionários mais antigos da ULSRT

saúde e sua preparação para o modelo de saúde da família<sup>6</sup>. Destaca-se de outras unidades por contar com serviço de acupuntura e pelo horto de plantas medicinais.

### **E) SUS e Programa Capital Criança**

No município de Florianópolis, o modelo de administração de serviços de saúde adotado desde 1991, por ocasião da implantação do SUS, visa cumprir os princípios de universalidade e equidade. A porta de entrada ao SUS passa a ser a rede básica, sendo que, no município, as unidades de saúde originariamente vinculadas à Secretaria do Estado de Saúde foram municipalizadas para compor, em conjunto com as demais unidades municipais, a Rede Básica de Saúde Florianópolis, administrada pela prefeitura<sup>30</sup>.

Em 1997 teve início o Programa Capital Criança: “uma estratégia da Prefeitura Municipal, que visa atenção integral à gestante e à criança de zero a seis anos, construída com a parceria da Sociedade Catarinense de Pediatria, entre outras entidades e instituições. O Programa busca a reformulação da atenção, principalmente através do monitoramento dos nascimentos e priorização do atendimento de gestantes, puérperas e crianças de zero a seis anos”<sup>31</sup>.

O Protocolo de atenção da criança de zero a seis anos inclui a visita de um agente educador a todas as puérperas, na maternidade, que realiza o agendamento da primeira consulta neonatal nas Unidades de Saúde e a distribuição de um kit que contém a caderneta de saúde e folhetos educativos, entre outros<sup>30</sup>.

O Programa foi reconhecido pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF como modelo para outros países<sup>30</sup>.

## **2.3 MEDICINA POPULAR**

### **2.3.1 CONCEITOS SAÚDE E DOENÇA**

A imagem corporal é, gradativamente, adquirida pelo indivíduo, como parte de seu crescimento numa família ou sociedade particular, com variações individuais em relação à imagem do corpo dentro de uma sociedade. Crenças sobre o tamanho e forma ideais do corpo,

incluindo vestuário, sua estrutura interna e suas funções são conceitos de imagem do corpo, sendo influenciadas pelo “background” social e cultural e podem produzir importantes efeitos sobre a saúde. “A cultura do grupo em que crescemos nos ensina como perceber e interpretar as muitas mudanças que podem ocorrer em nossos corpos ao longo do tempo, assim como nos corpos de outras pessoas”<sup>1</sup>.

Loyola defende que as representações do corpo, na população estudada pela autora, influenciam na percepção e classificação das doenças, interferindo, constantemente, na relação com o sistema de ofertas terapêuticas<sup>11</sup>.

Helman coloca que as teorias leigas sobre as doenças (illness) fazem parte de concepções mais abrangentes, concepções sobre a origem dos infortúnios em geral. São baseadas em crenças relacionadas à estrutura, ao funcionamento e ao mau funcionamento do corpo. Os modelos leigos, normalmente, possuem consistência e lógica internas e ajudam o paciente e sua família a encontrar um sentido para o que aconteceu, mesmo que não sejam modelos com premissas cientificamente aceitas<sup>1</sup>.

O autor explica que, na maioria das culturas, as teorias leigas fazem parte de heranças populares influenciadas por conceitos disponíveis nos meios de comunicação e modelo médico. Ele apresenta quatro universos nos quais as teorias leigas costumam situar a etiologia dos problemas de saúde: (1) o paciente individual e os mundos (2) natural, (3) social e (4) sobrenatural<sup>1</sup>.

O paciente individual pode ser visto como responsável pela doença por assumir alimentação ou comportamento vistos como prejudiciais. Também é considerado importante, na etiologia, a vulnerabilidade pessoal - psicológica, física ou hereditária. A vulnerabilidade física é baseada em conceitos leigos de fraqueza e resistência. Estes fatores estão relacionados ao corpo, mas são entendidos como alheios ao controle consciente do indivíduo<sup>1</sup>.

O mundo natural inclui aspectos do meio ambiente natural, como a referência aos fatores climáticos, por exemplo, o excesso de frio, vento, chuva ou umidade. Podem também ser incluídas influências da lua, do sol e de outros corpos planetários. Outras causas naturais seriam ferimentos em acidentes, contato com animais e ainda infestações parasitárias e infecções por microorganismos<sup>1</sup>.

O mundo social engloba doenças causadas por conflitos interpessoais, como por exemplo, o “mau olhar”. A etiologia é atribuída a intenções maléficas de terceiros, sejam conscientes ou inconscientes. Helman relata que o mau olhar é apontado como etiologia de doenças na Europa, Oriente Médio e África do Norte. É denominado “mal occhia” na Itália, “mal de ojo” nas culturas hispânicas. Landy, citado por Helman, coloca que as principais características do mau olhar estão relacionadas ao medo da inveja existente no olho do observador<sup>1</sup>. Dessa forma, usam-se artifícios para evitar ou neutralizar a atenção dos invejosos e mágicas empáticas. Na etiologia social, podem ser incluídos danos físicos causados por terceiros. Helman fala ainda da noção leiga de “estresse” como pertencente à etiologia do mundo social<sup>1</sup>.

O mundo sobrenatural abrange a doença cuja etiologia é atribuída à ação direta de entidades sobrenaturais - deuses, espíritos ou fantasmas ancestrais. A doença pode ser compreendida como um “alerta de Deus”, um “chamado”, uma punição divina exigindo remorso e mudança de conduta para o alcance da cura. Outras etiologias podem ser espíritos caprichosos e maléficos, que poderiam atacar inesperadamente ou a invasão por algum espírito ancestral como resposta a um comportamento considerado como inadequado e ofensivo à sua memória<sup>1</sup>.

Na maioria dos casos, a doença é atribuída à interação entre os universos citados, sendo, portanto, multicausais.

Foster e Anderson, citados por Helman, propõem uma forma alternativa de classificar as etiologias leigas de doenças, estabelecendo diferenças entre os sistemas personalista e naturalista. No primeiro, a causa é atribuída à intervenção ativa e proposital de um agente que pode ser um espírito, outro ser humano, ou um microorganismo. No último, a causa é explicada em termos impessoais e sistêmicos, como condições climáticas, desequilíbrio entre indivíduo e meio social externo. O conceito de desequilíbrio abrange outros sistemas de explicação das doenças, como o sistema yin-yang da Medicina Tradicional Chinesa e o sistema humoral ou quente-frio na América Latina<sup>1</sup>.

A medicina popular latino-americana, segundo Helman, orienta-se pela teoria humoral, tendo origem nos conceitos hipocráticos, aperfeiçoados por Galeno, cujo trabalho foi difundido nos mundos romano e islâmico. Assim, durante a ocupação moura na península ibérica, médicos portugueses e espanhóis se apoderaram do conhecimento da medicina humoral, tendo seus descendentes levado esse conhecimento no movimento de colonização da América. A teoria

humoral latino-americana, também denominada teoria das doenças quentes e frias, postula que a saúde é mantida pelo equilíbrio do efeito do calor e do frio no corpo. Aqui, calor e frio não se referem à temperatura real, mas sim a um poder simbólico que está presente em quase todas as substâncias, alimentos, plantas, também nos estados mentais, doenças e forças naturais ou mesmo sobrenaturais. Uma doença pode ser tratada pela exposição/ingestão de itens frios se a doença é considerada quente e vice-versa<sup>1</sup>. Estes critérios têm sido encontrados em vários trabalhos que abordam a medicina popular no Brasil, como Maués e Maués (1978)<sup>32</sup>, Queiroz (1993)<sup>4</sup>, Maués (1994)<sup>33</sup>, Nascimento (1996)<sup>34</sup>, Araújo (2002)<sup>35</sup>, bem como na população do Ribeirão da Ilha - Florianópolis estudada por Flores e Silva (1991)<sup>3</sup>. Esta última autora encontrou uma classificação popular dos alimentos como frios ou quentes e uma relação direta entre dieta adotada e explicação do aparecimento de doenças<sup>3</sup>.

Young, citado por Helman, por sua vez, classificou o sistema de crenças que considera fatores externos e internos que provocam alterações na saúde do indivíduo. O primeiro (externo) é centrado na etiologia da doença, originada fora do corpo do doente, mais especificamente, no mundo social. Desse modo, para tentar identificar uma causa para a doença, devem ser examinados as circunstâncias e acontecimentos sociais anteriores à doença. Nas alterações internas, o processo fisiopatológico que ocorre dentro do corpo do indivíduo é enfatizado e, segundo o autor, esta é a perspectiva do modelo médico científico moderno<sup>1</sup>.

As explicações externas, freqüentemente, tomam a forma de uma narrativa ou história que inclui as causas e a maneira como a pessoa adoeceu. Segundo Brody, citado por Helman “o relato das histórias das doenças é uma forma de dar significado à experiência em si, situá-la no contexto histórico da vida do doente e relacioná-la a questões mais amplas da sociedade e da cultura em que ele vive”<sup>1</sup>.

A importância da atribuição de um significado para a doença é também abordada por Quintana (1999)<sup>36</sup>, em sua investigação sobre a benzedura. Para este autor, as construções simbólicas humanas são fundamentais na sobrevivência do homem. Geertz, citado por Quintana<sup>36</sup>, considera que a cultura fornece esses códigos e permite a compreensão do mundo que o cerca. Ao traçar comparações entre a benzedura e a psicanálise, Quintana compreende o procedimento terapêutico das benzedadeiras como “uma forma de construção de narrativas que



permite ao cliente a reorganização de seu universo simbólico, o qual foi rachado ao defrontar-se com o imponderável”<sup>36</sup>.

Quintana destaca que a doença é vista como algo que está fora do cotidiano, pertencendo à ordem do sobrenatural e do sagrado. Sagrado, para o autor, refere-se ao que não se enquadra nos códigos disponíveis para a interpretação da realidade<sup>36</sup>.

Ele mostra que a doença e o sofrimento representam sempre algo inexplicável e sem sentido. “Ao se deparar com a morte, o sujeito se coloca frente a frente com a fragilidade humana e, por sua vez, com a falta de sentido que questiona a totalidade das construções simbólicas pelas quais se orienta no mundo”. Surge, assim, a necessidade de reparação dessas falhas mediante novas construções simbólicas<sup>36</sup>.

A figura do médico (ou do curador) pode ser a daquele que vai restaurar a ordem perdida. Ele não vai apenas erradicar os sintomas e suas causas, mas também deve contribuir na reconstituição de um universo simbólico que foi afetado com a doença. O curador precisa possuir a capacidade de, através de sistemas simbólicos, integrar, num contexto significativo, um estado que escapa ao percurso natural da existência. Ele ajuda a transformar o perigoso ou prejudicial em algo nominável, tangível, e, portanto, passível de ser modificado<sup>36</sup>.

Falando sobre a relação médico-paciente em pediatria, Machado cita Balint e aponta para a necessidade de que a doença tenha um nome, explicando que o perigo quando desconhecido, vago, confuso ou mal-compreendido gera medo e sensação de impotência enquanto que quando o perigo é localizável e circunscrito é possível organizar defesas<sup>21</sup>.

### **2.3.2 MEDICINA POPULAR NO BRASIL**

Metcalf, Berger e Negri (2004) destacam a importância de conhecer as práticas populares de cuidados com a saúde em sua obra sobre atendimento de atenção primária à saúde e apresentam como exemplo de terapeutas populares no Brasil: raizeiros, curandeiros, rezadeiras, parteiras e umbandistas. Os autores colocam que, no país, esses terapeutas ocupam grande espaço no sistema de saúde, propiciado pela falta de cobertura do sistema formal. Porém, ponderam que a medicina popular existe mesmo em locais com amplo acesso a serviços de saúde oficiais, pois ela representa um corpo próprio de conhecimentos em constante transformação, inclusive

incorporando elementos da medicina formal, e que faz parte da cosmovisão da população em questão<sup>9</sup>.

Estes autores apresentam, como principal justificativa para a continuidade de existência da MT, a origem em uma cosmovisão, de uma cultura compreensível, confiável para os pacientes. Por se utilizar o mesmo vocabulário popular, ter conhecimento individual e coletivo de seus pacientes, explicar saúde e doença dentro de princípios semelhantes da compreensão de mundo dos pacientes, o terapeuta da medicina tradicional pode alcançar “um grau de interação terapeuta/paciente que o médico formal raramente atinge”<sup>9</sup>.

Loyola também coloca que a medicina popular não é um fenômeno limitado a regiões rurais ou isoladas, sendo, extensamente, praticada no meio urbano e representa uma alternativa à medicina oficial<sup>11</sup>.

A autora conclui que mais da metade das doenças descritas pela população por ela estudada são, comumente, tratadas fora do sistema oficial de saúde. Destaca que os curadores tradicionais são considerados como integrantes do mesmo grupo que os pacientes, partilhando o mesmo universo lingüístico e cultural<sup>11</sup>.

Ela aponta a classificação de doenças encontradas pelos populares de Nova Iguaçu como doenças espirituais e doenças materiais. As primeiras são aquelas cuja origem foge à verificação prática e que, através de exclusões sucessivas, são percebidas, *a posteriori*, como doenças não materiais. Para essa população, “do ponto de vista das técnicas de cura, a doença espiritual não é somente a que o médico desconhece e não compreende, mas também a que ele não cura”. As doenças materiais são qualificadas de “leves” e “graves”, segundo o risco de vida que representam para o indivíduo. As leves são associadas a doenças comuns e as graves estão associadas às “doenças de médico”<sup>11</sup>. Metcalf, Berger e Negri (2004) apontam os casos reconhecidos como emergência ou “doenças de médico” nas situações em que a população procura a atenção oficial como primeira escolha<sup>9</sup>.

Araújo (2002), em seu trabalho “Das ervas medicinais à fitoterapia”, avalia que as práticas populares de cura não estão desaparecendo e que não há movimento de resistência popular às práticas biomédicas, diferente de outras análises encontradas. Ela salienta os movimentos de recriação cultural, nos quais as práticas populares se modificam e se perpetuam.

A autora coloca que saúde, doença e cura são condições da vida, dessa forma, seu significado está inserido aos demais significados existenciais do modo de viver da população estudada<sup>35</sup>.

Minayo (1994) defende que o fenômeno religioso cumpre o papel de facilitar às pessoas em situação-limite (sendo a doença grave importante representante de situação-limite) a compreensão e aceitação do inexplicável e antes impensável<sup>37</sup>.

Tal posição vem ao encontro das colocações de Araújo<sup>35</sup>, ao afirmar que saúde e doença são condições da vida com interpretações interligadas aos demais significados existenciais. Helman<sup>1</sup> considera que a explicação da doença faz parte da explicação dos infortúnios em geral.

Rabello (1994) considera a existência de uma pluralidade de cultos religiosos que oferecem serviços de cura no Brasil. A autora descreve o candomblé, os ritos pentecostais e espíritas<sup>38</sup>.

Queiroz destacou, em seu trabalho, a benzedura como principal manifestação da medicina popular religiosa<sup>4</sup>.

Nascimento define rezadeiras (ou benzedadeiras) como agentes populares de cura ligadas à tradição católica ou mais especificamente ao catolicismo popular sendo que sua função terapêutica prevalece sobre a função religiosa. Apesar de serem consideradas como especialistas em certas doenças tradicionais, como espinhela caída<sup>6</sup>, picada de cobra, cobreiro, feridas e, principalmente, de doenças infantis, são procuradas para um grande número de males. Para as benzedadeiras o alcance da cura é, principalmente, uma questão de fé<sup>34</sup>.

A benzedura é uma prática comumente utilizada em doenças infantis, principalmente entre crianças de até dois anos de idade. Outros estudos corroboram esta prática, como Quintana, que descreve a existência de rezas exclusivas para crianças<sup>36</sup>.

A criança, por ser considerada como um ser mais vulnerável, estaria também mais vulnerável ao olhar invejoso e, portanto, ao quebrante<sup>35</sup>. O quebrante ou quebranto é equivalente ao mau olhado, conceito já discutido previamente. Araújo (2002) coloca que “o olhar que causa quebrante é, na maioria das vezes, de admiração pelas qualidades das crianças, mas revela a existência de uma maldade interna às pessoas, pois, mesmo sem intento, elas causam mal ao se depararem com algo desejado e não possuído”<sup>35</sup>. A principal arma popular contra o quebrante é a

---

<sup>6</sup> termo intercambiável com arca caída

benzedura. Quintana (1999) coloca que para a benzeadeira “seu dia-a-dia consiste na luta contra o mau-olhado”<sup>36</sup>.

Monticelli (1994) também aponta que, pela fragilidade, a criança é mais sensível à bruxa. A bruxaria ou bruxismo são problemas de ordem sobrenatural que acometem, principalmente, as crianças de tenra idade, cuja origem cultural é atribuída aos açorianos e que encontra na benzedura uma forma de prevenção desse mal<sup>39</sup>.

Flores e Silva colocam que a benzeadeira é uma das terapeutas mais conhecidas e procuradas por doentes. Embora não reconhecida oficialmente, é procurada por várias classes sociais. A função social e características fundamentais deste ofício não diferem quer seja no nordeste, onde são conhecidas como rezadeiras, quer seja no Ribeirão da Ilha ou num bairro de classe média como a Trindade<sup>3</sup>.

Quintana define benzedura como uma atividade principalmente terapêutica, realizada através da relação cliente/rezador, de modo que ‘a benzeadeira ou benzedor’<sup>7</sup> exerce um papel de intermediação com o sagrado pela qual tenta obter a cura, e essa terapêutica tem como processo principal, embora não exclusivo, o uso de alguma prece”<sup>36</sup>.

### 2.3.3 PLANTAS MEDICINAIS

DiStasi(1996) coloca que “Ao se analisar as origens do que hoje chamamos ciência, todos os historiadores são unânimes em afirmar que a ciência se desenvolveu a partir das investigações e experimentos elaborados pelo homem comum, e, depois, pelos especialistas de cada época, os magos, reconhecidamente o ancestral, não muito remoto, do pesquisador moderno”<sup>40</sup>. Acrescenta que, para a execução de suas pesquisas, os pesquisadores fazem uso do conhecimento comum e popular<sup>40</sup>. Exemplo clássico pode ser encontrado no campo do estudo de plantas medicinais: foi com base nos conhecimentos acumulados pela medicina popular que foram desenvolvidos medicamentos como os digitálicos, a quinina, a morfina, a atropina,etc<sup>41</sup>.

Schulz, Hänsel e Tyler (2002) consideram que a partir de uma perspectiva histórica é incorreto classificar a fitoterapia<sup>8</sup> como ramo especial ou alternativo da medicina, levando em

<sup>7</sup> o termo é usado, preferencialmente, no feminino porque a grande maioria de terapeutas são mulheres<sup>3</sup>.

<sup>8</sup> “Fitoterápicos são aqueles medicamentos preparados, exclusivamente, a base de plantas medicinais”<sup>42</sup>

conta que a história de fitoterapia clássica atravessa mais de 2000 anos, dos tempos antigos aos modernos. Os autores referem que é razoável assumir que plantas medicinais consagradas, na experiência de mais de 50 gerações de médicos e pacientes, possuem ações específicas e poucos efeitos colaterais<sup>43</sup>.

A OMS considera a fitoterapia uma prática a ser estimulada, e já em 1978, recomendou a integração de práticas de cura tradicionais à medicina moderna, enfatizando a necessidade de colaboração e respeito entre os diversos sistemas de tratamento e cura. Isso se deve ao reconhecimento das vantagens da medicina popular que, apesar das falhas e riscos oferecidos, ao partilhar da cosmovisão do paciente, pode significar uma forma efetiva de tratamento de problemas psicossociais e ser uma alternativa especialmente importante nos casos de difícil acesso à medicina oficial<sup>1</sup>.

Sacramento (2001) aponta que, em 1996, a 10<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde recomenda, no parágrafo 286.12, a incorporação pelo SUS de práticas de saúde como a fitoterapia, homeopatia e acupuntura, contemplando terapias alternativas e práticas populares<sup>44</sup>.

Carriconde (2002), em seu trabalho “Introdução ao uso de fitoterápicos nas patologias de atenção primária à saúde”, destaca como justificativas para o uso das plantas medicinais vários aspectos. O aspecto antropológico de resgate da própria identidade da população no seu conhecimento sobre o uso de plantas, o aspecto pedagógico da troca de saberes sobre o uso popular de plantas e a visão científica dos efeitos farmacológicos das mesmas, o aspecto econômico, ecológico e terapêutico, na busca de atingir maior eficácia e menos efeitos colaterais com o uso de fitoterápicos (que pode partir do uso empírico, porém requer bases científicas e pesquisas contínuas)<sup>45</sup>.

O autor também defende a criação de farmácias vivas<sup>9</sup> (também chamadas de hortas de plantas medicinais) por se constituírem num local de pesquisa e aprendizagem, com facilitação da coleta, redução do extrativismo de plantas nativas e contribuição para a preservação da biodiversidade<sup>45</sup>.

Lorenzi e Matos (2002) colocam que um dos aspectos mais delicados na fitoterapia se refere à identidade das plantas. A variedade de nomes populares para uma mesma espécie é

---

<sup>9</sup> ver nota de rodapé p.3

grande, e um mesmo nome popular pode representar plantas de espécies distintas em regiões distintas<sup>46</sup>.

Estes autores acrescentam que qualquer estudo envolvendo plantas medicinais deve ser iniciado pela amostragem botânica, que permite a identificação por espécie segundo a nomenclatura botânica definida por Lineu. Deste modo, cada espécie é reconhecida por um único nome, mundialmente reconhecido pela comunidade científica<sup>46</sup>. Entretanto, além do conhecimento da nomenclatura botânica, que permite a uniformização e evita ambigüidades, Carriconde aponta o nome popular como fundamental no trabalho comunitário<sup>45</sup>.

A classificação e a identificação popular são feitas pela utilização dos sentidos e memorização de aspectos importantes das plantas. As plantas são classificadas de forma subjetiva, cada pessoa faz suas diferenciações de acordo com os aspectos da planta que considera importantes. Os nomes populares podem estar baseados na cor (picão-preto), uso medicinal (pulmonária), gosto (pau-amargo), dentre outras características. A origem dos nomes populares é bastante diversificada, pode ser indígena (jurubeba), africana (guiné), européia (camomila), dentre outros<sup>45</sup>.

Carriconde cita plantas de uso medicinal como, por exemplo, alecrim, alfavaca, alho, babosa, banana, canela, erva-cidreira, erva-doce, goiaba, hortelã, laranja, maracujá, romã, sabugueiro e transagem<sup>45</sup>.

Simões et al. (1995) destacam como nomes populares de plantas medicinais de uso corrente no RS: alecrim, babosa, boldo, camomila, capim-limão, erva-cidreira, carqueja, cipó-mil-homens, confrei, erva-de-bicho, funcho, goiabeira, guaco, hortelã, losna, malva, maracujá, marcela, melissa, sabugueiro, entre outras<sup>41</sup>.

Araújo encontrou amplo uso de plantas medicinais pelos populares em Londrina-PR, e refere ter encontrado, dentre as plantas medicinais plantadas nos quintais das casas dos seus informantes, plantas denominadas com nomes de medicamentos industrializados como anador, dipirona, insulina e bactrim<sup>35</sup>.

Mais especificamente em Florianópolis, vários trabalhos mostram o uso popular de plantas medicinais. Flores e Silva apontam o uso de plantas medicinais sob a forma de medicamentos e emplastros no Ribeirão da Ilha<sup>3</sup>. Santos Júnior (2002) encontrou, entre pacientes diabéticos atendidos em cinco Unidades Locais de Saúde de Florianópolis, dentre elas a Unidade

Local de Saúde do Rio Tavares, 75% de uso de chás no tratamento para diabetes<sup>47</sup>. Além do trabalho de Côrrea, dentro da comunidade do Rio Tavares<sup>8</sup>, já citado na introdução.

Em relação ao uso de plantas medicinais no cuidado das crianças, Araújo, no Paraná, encontrou um maior número de receitas de remédios populares para doenças de crianças<sup>35</sup>. Queiroz, em São Paulo, aponta o uso caseiro de ervas medicinais (principalmente como chás ou banhos e ungüentos externamente) como estratégia comumente usada pela dona de casa no trato de alguns sintomas e doenças de seus filhos<sup>4</sup>.

#### **2.3.4 A CRIANÇA NA MEDICINA POPULAR**

Na medicina popular, a criança, assim como na medicina oficial, é considerada um ser mais frágil. Em seu trabalho, em uma comunidade amazônica, Maués e Maués apresentam um diagrama indicando estados de liminaridade, entendidos como estado de maior fragilidade e transitoriedade entre saúde e doença. São várias as condições consideradas como liminares compondo seu diagrama (figura 1), porém a posição central é ocupada somente pela criança até dois anos de idade, destacada por sua maior fragilidade<sup>32</sup>. Flores e Silva apresentam uma variação desse diagrama em seu trabalho sobre medicina popular no Ribeirão da Ilha - Florianópolis, mantendo a criança no centro do diagrama (embora não isoladamente como em Maués e Maués) e destacando o primeiro ano de vida como um período perigoso e de maior mortalidade<sup>3</sup>.

Neste diagrama aparecem outros estados de liminaridade que não serão abordados nesse trabalho.

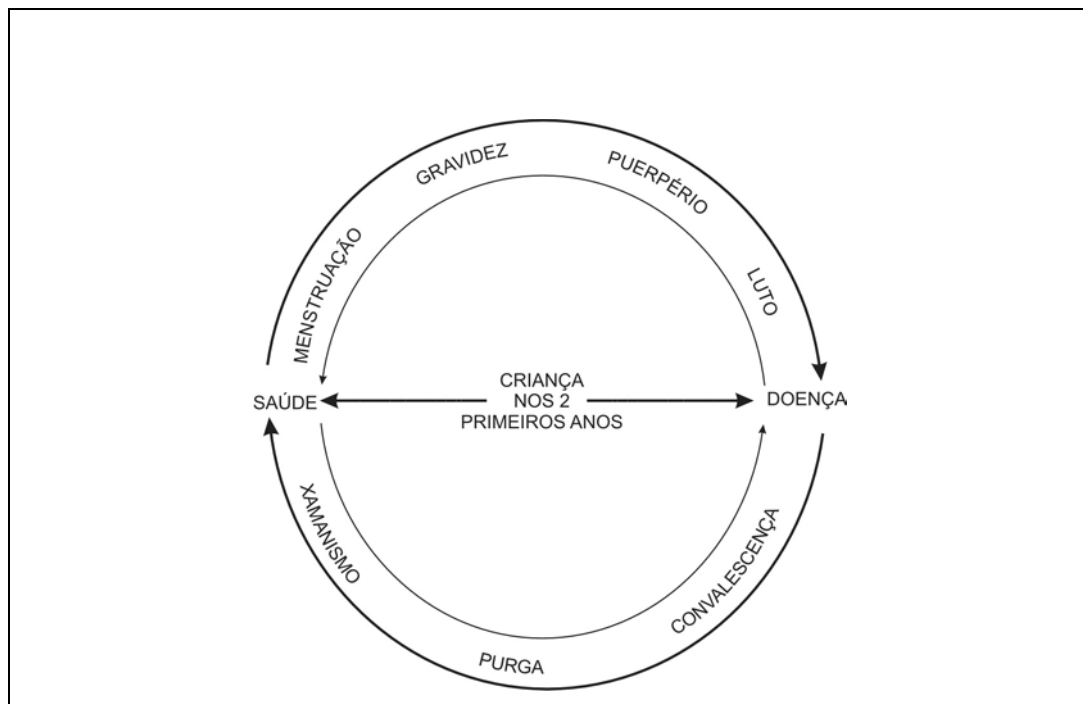


Figura 1: Estados de liminaridade (diagrama reproduzido de Maués e Maués)<sup>32</sup>

Araújo destaca que, para a população de um bairro de Londrina – PR, o bebê e a criança ocupam uma posição liminar, vacilando entre a vida na terra e uma outra vida sobrenatural. Ela coloca que se considera que “os bebês, por não terem ainda se apegado à vida terrena, deixam sua alma fluir mais livremente rumo ao ‘outro mundo’”. Justifica que “o bebê, porque está passando por um processo de construção corporal e ainda está com a ‘moleira’<sup>10</sup> aberta. O corpo aberto propicia, além de ataques externos, a saída da alma, ou seja, a morte”<sup>35</sup>.

Esta autora ainda destaca o grande número de descrições de remédios para “doenças de criança”, considerada mais precíval que os adultos pelo fato de que seu corpo ainda não está completamente formado<sup>35</sup>. Monticelli (1994) aponta o recém-nascido como uma pessoa liminar “num período de margem e que ainda não está completamente ‘ser humano’”<sup>39</sup>.

Flores e Silva também referem ter encontrado um “consenso de que são pessoas susceptíveis e de corpo aberto, isto faz com que as doenças causadas por micróbios, pelo tempo e pelo mau-olhado, espíritos, etc. se instalem muito mais facilmente”<sup>3</sup>.

<sup>10</sup> termo popular para fontanela



### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Conhecer as estratégias utilizadas por mulheres residentes na área de abrangência da Unidade Local de Saúde do Rio Tavares para cuidados com a saúde de crianças no período de 1970 a 2005

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar em que situações a população buscava auxílio à saúde na Unidade Local de Saúde do Rio Tavares ou em outras unidades oficiais/profissionais de atendimento à saúde;
- Identificar em que situações a população procurava auxílio à saúde na própria comunidade incluindo práticas da medicina popular e se estas ainda são utilizadas;
- Conhecer as principais práticas populares/tradicionais utilizadas na comunidade e identificar as razões para sua utilização.

## **4. JUSTIFICATIVA**

A investigação das estratégias populares de cuidado com a saúde de crianças pode contribuir para que os profissionais de saúde do sistema oficial/profissional saibam como acontece o reconhecimento das doenças por parte das mães e o que as mesmas procuram quando percebem alguma alteração na saúde de seus filhos.

A partir do conhecimento desta realidade que envolve as crianças e seus cuidadores, o resultado esperado é contribuir para o diálogo entre os profissionais de saúde e as mães da comunidade, permitindo aos primeiros uma melhor abordagem nas suas ações de promoção à saúde das crianças e indicação de intervenções terapêuticas.

## 5. METODOLOGIA

### 5.1 MOTIVAÇÃO

A pesquisa teve início a partir do contato com o grupo de idosas, que se reúnem, semanalmente, no Centro Comunitário do Rio Tavares, localizado em frente à ULSRT. Nessas reuniões, as senhoras se dedicam à realização de trabalhos manuais, principalmente a confecção de bordados. Cada participante traz o seu material de trabalho e enquanto trabalham, as senhoras dividem suas histórias e organizam uma pequena refeição ou, utilizando sua própria expressão, “um café”. Esse grupo conta com aproximadamente 15 integrantes, em sua maioria residentes do Rio Tavares, sendo o tempo de residência bastante variável.

Devido à localização do espaço de encontro e o perfil acolhedor das integrantes, não é incomum, nessas reuniões, a presença de funcionários da ULSRT e estudantes da UFSC, também vinculados à Unidade de Saúde. Deste modo, são realizadas ações de promoção à saúde e prevenção de doenças bem como aferição de pressão arterial e glicemia capilar.

Nesse grupo, encontrei especial receptividade para discutir o uso de plantas medicinais e manifestações da medicina popular. Provavelmente devido à idade das integrantes, era comum a apresentação de comparações entre o tempo presente e o passado vivenciado por essas senhoras. Algumas vezes, essas lembranças se estendiam até o período de suas infâncias, mas, na maior parte dos relatos e comentários, predominavam as lembranças da infância de seus filhos comparadas às dos netos. Em outras palavras: como cuidavam dos seus filhos e como os netos estão sendo cuidados.

Decidi me aproximar atentamente dessas lembranças, na expectativa de aprender com elas sobre os cuidados com a saúde das crianças no Rio Tavares, investigando as estratégias adotadas por essas mulheres ao longo dos anos (período de 1970 a 2005), as mudanças nos recursos disponíveis e na utilização dos mesmos, as motivações e as expectativas dessas mulheres ao procurarem diferentes recursos terapêuticos. Também me interessavam os significados atribuídos

às doenças de seus filhos e de que forma isso determinava e, ainda hoje, determina o quadro de doenças/queixas das crianças levadas aos serviços de saúde oficiais.

Particularmente, o principal fator motivador desta pesquisa foi o entendimento de que a comunicação é um elemento importante em todo o processo de atenção à saúde e que conhecer as expectativas do paciente é capaz de melhorar o diálogo entre o profissional de saúde e paciente, ou mais especificamente, entre o médico e a mãe de seu paciente.

## 5.2 PESQUISA QUALITATIVA

A maioria dos trabalhos científicos na área da medicina parte de uma metodologia fundamentada no positivismo, fundado por Auguste Comte. Nessa abordagem, busca-se a compreensão da realidade através de dados numéricos e o pesquisador deve atuar da forma mais objetiva possível, atuante de um papel ideal, de total neutralidade<sup>48,49</sup>.

Porém, essa metodologia, responsável por incontáveis avanços na área médica, é insuficiente em muitos aspectos. A compreensão de fenômenos humanos requer a análise de uma variedade de parâmetros dificilmente quantificáveis. E foi justamente no terreno das ciências humanas que os conceitos positivistas foram discutidos, relativizados e novas propostas de investigação da realidade foram apresentadas<sup>50</sup>.

A escolha da metodologia não ocorre previamente à conscientização de um problema e à formulação de perguntas (elaboração dos objetivos do trabalho)<sup>50</sup>, mas sim posteriormente. A metodologia representa a melhor forma de buscar as respostas, e deve, portanto, partir das perguntas. “Entendemos por metodologia o caminho e o instrumental próprios da abordagem da realidade”<sup>51</sup>.

Neste trabalho, foi adotada a metodologia qualitativa, por ter sido avaliada como a forma mais satisfatória de atingir os objetivos propostos.

A pesquisa qualitativa, difícil de ser definida, apresenta algumas características próprias. Triviños (1987) enumera algumas dessas características, permitindo a contemplação de suas aplicações. Segundo este autor, a pesquisa qualitativa é descritiva, tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento chave. Os pesquisadores que usam a metodologia qualitativa estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados

e o produto, tendem a analisar seus dados indutivamente<sup>11</sup>. Na abordagem qualitativa, o significado é a preocupação essencial<sup>49</sup>.

Em especial, este último item parece representar o que existe de mais importante na abordagem qualitativa. “A abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas”<sup>48</sup>.

### 5.3 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A comunidade do Rio Tavares está situada no interior da Ilha de Santa Catarina, cidade de Florianópolis, a aproximadamente 20 km do centro da cidade. Localizada na região sul da Ilha, próxima à praia do Campeche, faz divisa com os bairros do Campeche, Fazenda do Rio Tavares e Lagoa da Conceição, bem como com o maciço da Costeira<sup>6</sup>.

Kuhnen (2002), em seu trabalho sobre a Lagoa da Conceição, coloca que a identidade cultural da cidade de Florianópolis, no passado, podia ser visualizada através das características comuns à população do litoral catarinense como um todo, com alicerces principais em três culturas: a dos índios carijós, dos europeus brancos (portugueses principalmente), que foram o grupo predominante, e os negros escravos. Coloca ainda que “a identidade do morador açoriano da Ilha de Santa Catarina vai se concretizar triplamente enquanto lavrador, pescador e artesão”<sup>52</sup>.

A autora narra a transformação da cidade de uma economia baseada na atividade portuária, agricultura e pesca para uma cidade urbanizada, com função administrativa e com economia baseada no turismo<sup>52</sup>.

Segundo Peluso Júnior (1991), a vegetação original da área de Florianópolis, Mata Pluvial Atlântica, vem sendo devastada continuamente. Existem relatos de 1820, que apontam a existência de mata virgem apenas nos morros da cidade<sup>53</sup>.

Quanto às condições climáticas da Ilha, o clima é mesotérmico úmido, sem estação seca, e as mudanças do tempo dependem da Massa Tropical Atlântica (que age na primavera e verão) e

---

<sup>11</sup> Indução é a forma de raciocínio consistindo em tirar uma proposição geral do relacionamento de dados particulares. Em pesquisa, a hipótese resulta, em geral, dessa forma de raciocínio. Por exemplo: ao se observar que um homem particular e demais homens particulares são mortais, pode-se inferir que todos os homens são mortais<sup>50</sup>.

da Massa Polar Atlântica (outono e inverno). Os ventos predominantes são Nordeste e Sul e a temperatura média anual é de 20,4 graus, com a máxima atingindo 40 graus e a mínima 3 graus<sup>54</sup>.

Kuhnen discorre sobre a alta concentração populacional na Lagoa da Conceição e a crescente migração populacional para Florianópolis, mostrando um crescimento populacional de 5,16% de Florianópolis, que pode ser considerado alto em relação ao crescimento do estado, com índice de 2,27%, segundo dados do último Censo (2000)<sup>52</sup>.

A comunidade do Rio Tavares possui cerca de 5,4 mil habitantes e conta com as atividades da ULSRT, responsável pela atenção primária a esta população desde 1972. De acordo com as estimativas da Prefeitura Municipal de Florianópolis, residem na área de abrangência da Unidade de Saúde 627 mulheres com 35 anos de idade ou mais<sup>6</sup>.

Não foi possível encontrar dados sobre a ocupação das mulheres.

O número de crianças residentes no Rio Tavares nos anos de 2000 e 2005 pode ser vista pela tabela da população do Rio Tavares<sup>6</sup>, na figura 2.

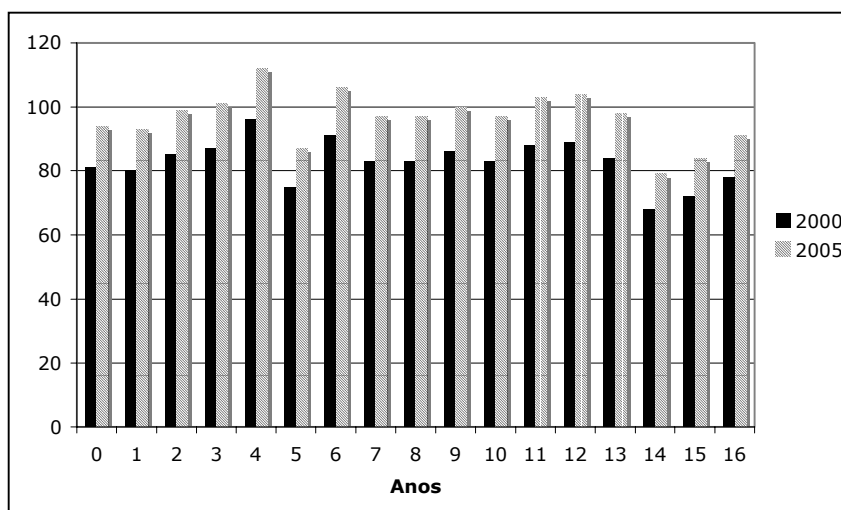


Figura 2: Tabela do número de crianças residentes na área de abrangência da ULSRT, por ano de idade. Adaptada dos dados da Prefeitura Municipal de Florianópolis, resultado do redesenho das micro-áreas de Saúde/Secretaria Municipal de Saúde no período de março a setembro de 2004, correlação dos dados populacionais dos anos 2000 (data do último Censo IBGE) e desde 2004<sup>6</sup>.

Dados mais antigos sobre a população do Rio Tavares não foram localizados, pois os dados disponíveis no IBGE são divididos por bairros a partir do ano de 2000, sendo os dados anteriores relativos à cidade de Florianópolis como um todo.

O paciente infantil pode ser dividido em cinco categorias de idade: neonatos (0 a 8 semanas), lactentes (2 a 24 meses), pré-escolares (2 a 5 anos), crianças em idade escolar (5 a 10 anos) e adolescentes (10 a aproximadamente 16 anos)<sup>55</sup>.

A presença de migrantes de outras cidades e estados é, comumente, referida pela comunidade e pode ser inferida pelos profissionais de saúde que atendem no local, porém não existem dados estatísticos confirmatórios.

É um bairro essencialmente residencial, com alguns pontos de comércio local, constituído basicamente por casas. A tipologia geral das casas conserva áreas livres, de jardim ou quintal, apresentando algumas ou várias espécies de vegetação. Destaca-se ainda a presença da Pedrita, pedreira sediada em frente a ULSRT, por representar uma fonte de empregos dentro da comunidade e pelas mudanças ambientais acarretadas por esse tipo de extrativismo.

#### **5.4 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA**

Os critérios de inclusão foram:

- Ter 35 anos de idade ou mais
- Ser moradora do Rio Tavares desde 1970
- Ter cuidado de pelo menos uma criança que morasse em sua casa (filhos, sobrinhos, netos ou outros) no período de 1970<sup>12</sup> a 2005.

A amostra foi delimitada visando abranger as pessoas que vivenciaram as possíveis transformações acarretadas pelas atividades da Unidade de Saúde do bairro. Optou-se por limitar o estudo à população feminina, por ser esta a que mais procura atendimentos de saúde<sup>56</sup> e, especialmente, porque as mulheres são as principais responsáveis pelos cuidados com a saúde da família. Em estudo sobre doenças e tratamentos no Ribeirão da Ilha, Flores e Silva (1991) coloca: “a mulher além de ser considerada a pessoa que comanda a casa do ponto de vista doméstico com a orientação dos filhos, é também o indivíduo focal dentro da rede social, capaz de fazer com que ocorra interação e intercâmbio entre as famílias e os indivíduos e é responsável pelos principais cuidados de saúde dentro da família”<sup>3</sup>. Queiroz (1993), no seu artigo intitulado “Estratégias de

---

<sup>12</sup> A partir da década de implantação da ULRST

Consumo em Saúde entre Famílias Trabalhadoras” e realizado no município de Paulínea, São Paulo coloca: “é ela (a dona da casa) quem avalia as condições de saúde, tanto a sua própria como a de seus filhos, e toma a decisão de procurar os agentes de cura considerados necessários para cada caso de doença”<sup>4</sup>.

Foi fundamental que as crianças em questão residissem no mesmo lar que a entrevistada, pois o ambiente familiar é descrito como local de reconhecimento das doenças<sup>1,4,10,11</sup>.

Garantir que essas mulheres tivessem um período mínimo de residência em comum era fundamental para avaliação do itinerário terapêutico das entrevistadas. Nessa amostra, mulheres de uma mesma faixa etária, independente das diferenças sociais e “background” cultural, possuem em comum a proximidade dos recursos terapêuticos e a mesma disponibilidade de recursos naturais locais com fins terapêuticos, além de partilharem uma mesma atmosfera cultural própria da localidade.

Considerando o tema da pesquisa, que envolvia justamente redes terapêuticas/itinerário terapêutico e o uso de medicina popular, a possibilidade de partir da sala de espera da Unidade de Saúde ou do contato formal através das agentes comunitárias, foi evitada ao máximo.

O ponto de partida escolhido foi o Grupo de Idosas, cujas integrantes, pelo sexo e faixa etária, eram participantes em potencial. A partir do encontro informal com essas senhoras, apresentando o tema de pesquisa ao grupo, as participantes indicaram outras mulheres que pudessem participar da pesquisa e assim progressivamente, compondo a amostra.

Após o primeiro contato, em que foi explicado o tema geral do trabalho, toda mulher que preenchesse os critérios já mencionados, foi convidada a participar da pesquisa, mediante os termos do consentimento livre e esclarecido, anexo 1. Os termos foram lidos em conjunto com a entrevistadora, pronta para explicar quaisquer questionamentos. De acordo com os termos, todas as entrevistadas poderiam desistir da participação no estudo a qualquer momento.

A confiabilidade dos dados foi garantida pelo uso de codinomes para a apresentação das entrevistadas e todas as pessoas por elas referidas nas entrevistas. O acesso aos dados originais contendo a identificação foi limitado apenas à pesquisadora principal.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade federal de Santa Catarina sob o número n.148/05 em 30/05/05.



## 5.5 ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

A entrevista semi-estruturada é uma articulação entre a entrevista aberta, na qual o informante aborda livremente o tema proposto e a entrevista estruturada, que é mais dirigida, pressupondo perguntas previamente formuladas<sup>48</sup>.

Para a pesquisa, foi elaborado um questionário, anexo 2, utilizado como roteiro para entrevista, que foram realizadas preferencialmente com gravador de áudio, permitindo registro mais fidedigno do discurso da entrevistada. Nos casos de recusa ao uso do gravador, os dados foram anotados durante a entrevista e transcritos imediatamente após, da forma mais completa possível. Algumas mulheres foram entrevistadas mais de uma vez, quando houve dúvida em relação a algum aspecto referido no primeiro contato.

O local da entrevista foi definido pela entrevistada. As entrevistas foram realizadas no Centro Comunitário, após as reuniões semanais do Grupo de Idosas ou nas residências, em data e horário agendados pela mesma.

Uma exploração inicial realizada com o questionário obteve dados bastante satisfatórios, permitindo a manutenção do mesmo durante todo o período de coleta dos dados.

## 5.6 CATEGORIZAÇÃO

“A categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia), com os critérios previamente definidos”<sup>57</sup>.

As categorias criadas previamente às entrevistas, durante o processo de coleta e análise dos dados, se referem aos objetivos do trabalho, sendo divididas em três categorias: a procura pela medicina oficial/profissional, a procura pela medicina popular e itinerário terapêutico, com cinco subdivisões:

Procura pela medicina oficial	Recursos utilizados
	Situações de procura
Procura pela medicina popular	Recursos utilizados/ Situações de procura
Itinerário terapêutico	Fatores motivadores para procurar a medicina oficial
	Fatores motivadores para procurar a medicina popular

O discurso das entrevistadas foi analisado segundo cada uma das categorizações acima.

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **6.1 AS ENTREVISTADAS**

Foram realizadas, no ano de 2005, 13 entrevistas com duração média de uma hora. Apenas três entrevistadas apresentaram restrição ao uso do gravador. Uma entrevistada aceitou a gravação, porém parcialmente, pois em determinados momentos pedia para a entrevistadora desligar o gravador, pedido prontamente atendido.

As entrevistas foram divididas em 2 grupos, sendo o grupo I, composto por seis mulheres com idade de 59 a 79 anos, majoritariamente integrantes do Grupo de Idosas. O grupo II, por sua vez, composto por sete mulheres com idade de 35 a 44 anos de idade. Optou-se por essa divisão porque, no decorrer do trabalho, percebeu-se predominância de atitudes diferenciadas relacionadas às faixas etárias. As mulheres mais jovens demonstraram atitudes e preferências que contrastavam, em vários aspectos, com as respostas das entrevistadas mais idosas.

As seis entrevistadas do grupo I serão denominadas de I1 a I6. As sete entrevistadas do grupo II serão denominadas de N1 a N7.

O número de crianças cuidadas, no período estudado, no grupo I, foi de um a cinco filhos (lembrando que o cuidado de crianças no período anterior a 1970 não foi considerado pelo estudo, de forma que o cuidado dispensado aos filhos mais velhos das entrevistadas não foi incluído). Apenas duas entrevistadas cuidaram de um a dois netos que residiram durante parte de sua infância com as avós.

A idade atual dos filhos variou de 21 a 35 anos e dos netos de 16 a 17 anos.

Todas as integrantes deste grupo fizeram referência à participação no cuidado com a saúde dos netos, mesmo quando esses não residiam no mesmo domicílio da entrevistada. Apenas uma entrevistada fez referência ao cuidado de vizinhos.

No grupo II, o número de crianças cuidadas foi de um a dois filhos. Nenhuma entrevistada mencionou o cuidado de netos durante a entrevista. Referência ao auxílio no cuidado de outras crianças foi feito por quatro entrevistadas, referindo-se aos sobrinhos. Uma delas referiu cuidados

como babá, por meio período, de uma criança que acompanhou dos oito meses aos sete anos de idade.

A idade atual dos filhos variou de 2 a 22 anos.

As entrevistadas, em sua maioria, eram nativas do Rio Tavares e nunca tinham residido em outro bairro, com exceção de duas entrevistadas do grupo I. Uma era nativa de outro bairro, porém residia no Rio Tavares desde os três anos de idade. A outra era nativa do Rio Tavares, mas havia residido um período em outro bairro e retornado para o Rio Tavares há 36 anos.

A escolaridade das entrevistadas foi coincidente com a faixa etária, assim no grupo I havia duas entrevistadas analfabetas e as demais com primeiro grau incompleto, dentre elas o maior número de anos de estudo foi de quatro anos. Já no grupo II, três entrevistadas referiram segundo grau completo, duas tinham o segundo grau incompleto e duas o primeiro grau incompleto, sendo o menor número de anos de estudo quatro anos.

Dada a complexidade do itinerário terapêutico e da formação das redes terapêuticas, para facilitar a compreensão, nesse primeiro momento, serão apresentadas e discutidas separadamente a busca pela medicina oficial/profissional e pela medicina popular.

## 6.2 A PROCURA PELA MEDICINA OFICIAL/PROFISSIONAL

Em relação a quais situações buscaram atendimento em uma unidade oficial/profissional, seis entrevistadas apresentaram o mesmo padrão de resposta: *“dava um chazinho e quando não tinha mais jeito levava no médico”* (I1).

Uma delas pertencia ao grupo II: *“Olha, eu procurava dar um chazinho... caseiro. Aí se não tivesse resultado, eu procurava o Centro de Saúde (ULSRT). Quando era o horário que encontrava fechado eu procurava o hospital”*.(N4)

Essas falas expressam o uso caseiro de plantas medicinais como primeira opção terapêutica, concordando com os dados de Queiroz, que destacou o uso caseiro de plantas medicinais na medicina popular<sup>4</sup>.

A procura por recursos no âmbito familiar também é descrita por outros autores. Segundo Loyola, em caso de doença, a população recorre em primeiro lugar aos “conhecimentos terapêuticos familiares, na experiência acumulada por ocasião de doenças anteriores”<sup>11</sup>. Assim

como Helman colocou que há estimativas de que cerca de 70 a 90% dos tratamentos em saúde ocorrem no âmbito familiar<sup>1</sup>.

A procura do médico levando em conta a **gravidade** da doença está expressa na fala de todas as entrevistadas, em maior ou menor grau, quer seja nas falas acima em que relatam procurar o médico quando os outros recursos se mostram ineficazes ou quando num primeiro momento a sintomatologia lhes parece grave:

*“Também quando via e achava que era doença e problema gravíssimo de garganta, dor de garganta e febre, a garganta toda, achava que era crupe e eu levava diretamente no Hospital Infantil (HI), lá eles davam medicamento e graças a Deus tava bom”.* (I5)

*“Quando tava mais doente, né... levava no médico.”* (N1)

*“é quando vê que tá agravando, né, que eu vejo que eles tão com um problema mesmo.”* (N2)

*“Olha, eu tinha que ter certeza mesmo se era uma coisa muito grave. Porque se eles falassem assim: ah, tô com dor de barriga. Aí eu fazia um chá de hortelã. Aí se fosse febre, aí sim, eu gütentava, né, até, ia controlando, verificando de vez em quando, aí quando eu via que não baixava mesmo a temperatura, então eu passava, dava a novalgina e se não abaixasse a febre mesmo com a novalgina aí eu voltava (corrige:) aí eu ia pro médico.”*(N4)

*“Quando era doenças que a gente não podia cuidar em casa, né, tinha que levar ao posto de saúde ou hospital.”* (N7)

Esses dados são concordantes com os dados encontrados na literatura. Segundo Loyola, as doenças podem ser classificadas como leves ou graves. As leves são associadas a doenças comuns e as graves estão associadas às “doenças de médico”<sup>11</sup>. Metcalf, Berger e Negri apontam os casos reconhecidos como emergência ou “doenças de médico” nas situações em que a população procura a atenção oficial como primeira escolha<sup>9</sup>. Também Helman coloca que as doenças classificadas como naturais e principalmente as de maior gravidade levam a maior procura por serviços oficiais de saúde<sup>1</sup>.

Sete entrevistadas apresentaram uma maior procura por atendimento médico, sendo que apenas uma delas era do grupo das mais idosas. As outras seis foram do grupo das mais novas. Considerando que a facilidade do acesso aos serviços de saúde é um fator importante<sup>1,58</sup>, apesar

de não ser citado nestas falas, pode-se sugerir que este fato tenha ocorrido por maior disponibilidade de serviços médicos/profissionais nos últimos anos.

*“Ah, o HI, dava qualquer coisa eu já ia” (I3)*

*“Não, às vezes dava um remedinho em casa, um chazinho, uma coisinha, né, mas ah, credo... (querendo dizer que preferia levar ao médico) (I3)*

*“aí era tão acostumada a levar no médico”.(N1)*

Destas entrevistadas duas apresentaram em seu discurso uma maior procura e até mesmo sinais de certa “dependência” em relação a seus médicos: *“Geralmente levava no pediatra dele, que ele tinha, o Dr. F.B. Sempre quando ele ficava doente, o meu socorro era ele. (ri)” (N5)* ou *“Corria pro pediatra...qualquer dúvida que tinha” (N6)*

### 6.2.1 SERVIÇOS DE SAÚDE PROCURADOS DENTRE OS RECURSOS OFICIAIS

Diferentes recursos foram apontados, com destaque para o HI. Doze entrevistadas referiram atendimento no HI (exceto I1), sendo que todas se referiram ao atendimento emergencial.

*“não passou (referindo-se ao cansaço), aí foi assim ele se batizou domingo, segunda já amanheceu cansado aí terça, acho que quarta-feira já fui pro Hospital Infantil com ele”. (I2)*

*“Os mais moço, quando eles ficavam doente eu tinha os médicos lá do Hospital Infantil, né, que a gente levava lá”. (I3)*

*“Aí o M. deu uma pontada de pneumonia e aí que eu levei no Hospital Infantil”. (I5)*

*“Clínica ninguém levava não, só pros hospital”. (I4)*

*“já levei no HI, tanto um como o outro. O O. pelo fato dele ser moleque, ele tinha um ano e pouco (...) aí ele cortou e teve que levar dois pontinho”. (N2)*

*“Levava (no HI) quando tinha febre, o H. tinha febre quando tomava vacina e por causa das infecção dele.”. (N3)*

*“Mas o L. teve um problema de pneumonia quando era pequeno, deveria ter o que, uns quatro anos, aí eu já tive que consultar o médico, né. (HI) (...) O U. eu levei, eu acho que, eu levei duas vezes ele quando cortou o pé. Uma foi, é, foi dois cortes, ele tem até cicatriz, levou*

ponto. Ah, já era maior, deveria ter seis, sete anos. E depois foi uma chuteirada que ele levou no tornozelo e criou um hematoma, eu tive que levar ele”. (N4)

“Já levei no Infantil. Sempre fui muito bem atendida lá. (...) febre muito alta, dor forte, ela tinha amigdalite que dava febre alta, diarreia e vômito”. (N6)

“Quando era alguma emergência muito grave mesmo, que o Posto (ULSRT) não. (Ela cita um exemplo) o G. quebrava muito (rindo) braço, perna. Aí tinha que correr pro hospital”. (N7)

Esses dados corroboram os dados anteriores de que a procura pela medicina oficial é a principal opção nos casos mais graves e também é procurada nos casos irresponsivos ao tratamento domiciliar, assim, o serviço hospitalar é o mais procurado, majoritariamente o serviço de emergência.

Ainda sobre o atendimento no HI, seis fizeram referência a atendimento ambulatorial, sendo que quatro especificaram tratar-se de ambulatório de especialidades: “já vim com a ordem pra ir pro Dr. M. J. (no HI)” (I2)

“A R. que eu fui mais foi mais controle de oftalmo, ela tinha as vista um pouco cansada. (...) eu via que ela tinha o pescoço muito grosso, aí eu levei ela no endócrino pra ver, que eu tenho problema de tireóide, então eu levei ela pra saber se ela tinha ou não, (...) Ah, que ela tinha, ela tem uma postura muito feia, que ela sentia dor nas costas. (...) Levei ela no ortopedista também, o J. também levei. Ela tem uma perna mais curta que a outra. E aí ele mandou fazer exercício até hoje”. (N4)

A outra entrevistada conta que fez acompanhamento com a Dra. P. (endocrinopediatra), no HI, pois a filha tinha “problema de hormônio”. (N6)

Uma entrevistada referiu claramente buscar atendimento de puericultura neste hospital: “até um ano e meio mais ou menos, dois anos, eu levava ao pediatra, né, e depois, aí só levava mesmo quando era preciso. A L. e o F. (filhos mais velhos) foi no HI”. (N7)

Duas entrevistadas referiram a realização de cirurgia (N5 e I4). Uma outra entrevistada manifestou vontade de que a cirurgia indicada para seu filho seja realizada no HI: “Mas é porque o problema da L. eu quero ver se eu vou pro Infantil, né. Já pensou se vai ter que fazer a cirurgia dela daí porque particular fica bem mais caro, né”. (N2)

Uma única entrevista referiu internação hospitalar de seus filhos no Hospital Nereu Ramos.

*“A M. e o J. ficaram lá no Hospital Nereu Ramos por causa do sarampo”. (I1)*

Apenas no grupo I foram feitas referências, por quatro entrevistadas, a atendimento ambulatorial em locais designados como “departamento”, “assistência”, “creche”, “INPS”<sup>13</sup>, “LBA”<sup>14</sup>. A “LBA” é referida como tendo duas sedes, uma no centro da cidade e outra na Costeira.

*“Quando tavam doente levava na assistência, no departamento, tinha a febre dos dentes”.(I1)*

*“O mais moço nunca deu nada. Eu cuidava dele lá na LBA, tinha o cartãozinho. Eu pegava o leite todo mês e eles examinavam, tinha médico lá. Foi o que me valeu, pois o pai morreu (referindo-se ao esposo) quando ele tinha cinco anos. Criei ele sozinho”. (I4)*

A procura por locais de atendimento médico associado à procura de serviços de assistência social será discutida mais adiante, nas motivações para procura por serviços de saúde oficiais/profissionais.

Foi feita referência a um diagnóstico neonatal feito na Maternidade Carlos Correia por uma entrevistada (do grupo I).

*“E aí eu andei com ele até mais de um ano com ele lá, todo mês eu ia fazer a rotina lá com o dr. M. J. Ele sarou. (...) É lá no infantil. (...) eles descobriram na maternidade já, porque quando ele saiu lá já vim com a ordem pra ir pro Dr. M. J. Descobriram lá, quando nasceu lá”. (I2)*

Uma única entrevistada referiu buscar atendimento na Unidade Local de Saúde do Campeche.

*“Levava... ali no posto do Campeche quando tinha uma gripezinha, uma coisinha assim”. (I2)*

Além da procura pela ULS do Campeche, já apresentada, foi observada a procura de outra ULS, a da Lagoa, por uma integrante do grupo II, mas neste caso foi referida indicação desta

<sup>13</sup> Esses termos se referem a serviços de saúde da rede pública localizados no centro da cidade.

<sup>14</sup> LBA é a Legião Brasileira de Assistência, agência federal de assistência social à maternidade, à infância e à adolescência<sup>59</sup> criada nos anos 40 e extinta no governo Fernando Henrique.



conduta pelo profissional médico da ULSRT. Esta última fez também referência ao HU (a única referência).

*“Aí levei no posto de saúde. O médico falou que era picada de aranha, levei lá, mandaram no posto de saúde da Lagoa, lá eles falaram também que era picada de inseto, ficaram apavorados, mandaram pro HU...” (N7)*

Das treze entrevistadas, dez referiram procurar atendimento na ULSRT, dentre elas todas as do grupo II e três do grupo I.

Essas três entrevistadas do grupo I levaram os filhos ou netos à ULSRT, porém referiram que essa unidade não lhes agradava.

Uma das mais idosas referiu que os netos que moraram com ela eram levados em caso de emergência, por influência de suas filhas e não por escolha dela: *“Elas (as filhas) vão (à ULSRT) quando corta um dedo (referindo-se aos seus netos)... alguma coisinha assim rápido, né.” (I5)*

Outra integrante do grupo I referiu consultas eventuais, de modo desgostoso: *“O mais fácil de levar era no Posto (referindo-se à ULSRT). Mas tu sabes que nossos posto aqui a gente nunca é bem atendida”. (I4)*

No grupo II, todas as entrevistadas fizeram referência a ULSRT. Duas referiram achar importante esse atendimento pela proximidade e apontaram satisfação com o atendimento oferecido e realização de consultas periódicas, mesmo referindo concomitantemente a procura por outros serviços da saúde. Outras quatro referiam usar a ULSRT de forma secundária, relatando preferindo levar a criança ao seu médico (atendimento conveniado ou particular). Uma delas levou a ULSRT, referiu insatisfação com o atendimento e passou a não procurar mais o serviço.

As falas a seguir expressam diferentes aspectos destacados pelas entrevistadas sobre o atendimento na ULSRT.

Duas entrevistadas referiram a realização de vacinas na ULSRT:

*“só levava em campanha (de vacinação)”. (N6)*

*“de bebezinho foi usado o Posto de Saúde pras vacina”. (N4)*

Uma das entrevistadas referiu lembranças vívidas da primeira consulta realizada na ULSRT.

*“quando eu levei na primeira vez o médico levei ela no posto e aí o médico do posto disse pra mim que ela tava com deslocamento da bacia”. (N1)*

Três entrevistadas referiram que atualmente procuram a ULSRT em caso de necessidade de atendimento de emergência (pronto-atendimento).

*“agora é CS, quando precisa.(...) Aí quando ficavam doente procurava o Posto, se era noite procurava o Infantil”. (N4)*

*“Aquele dia eu levei lá (na ULSRT) (ri) ficou ruim de repente... a alergia que atacou, a dipirona, né?(ri)”. (N1)*

*“Geralmente à noite, fim de semana, não tem posto de saúde tem que ir é pro hospital”.(N7)*

Uma entrevistada referiu procurar a ULSRT quando havia dificuldades financeiras para procurar outro atendimento:

*“porque eu tenho plano, mas quando não tenho é o Posto de Saúde (ULSRT), né.” (N2)*

Já outra referiu a procura da ULSRT quando encontrou dificuldades para encontrar o médico que estava acompanhando a saúde do filho:

*“Então aí, e teve um final de ano que nós ficamos com ele, teve um período de final de ano, de Natal até janeiro, né, com ele doente, sem ninguém. Ele foi embora (o médico pediatra estava ausente). Então aí...”. (N5)*

Em outro momento ocorreu situação semelhante: *“quando a Dra. F. não pode atender, eu levei ele no postinho e ele foi atendido por um como é que é...ele tava se formando.. ele acertou, com medicamento...” (N5)* Nesta fala foi feita referência ao Programa Docente Assistencial conveniado a ULSRT.

Duas entrevistadas referiram satisfação e interesse pela presença de uma pediatra na ULSRT, em 2005.

*“E vou fazer agora dia 19 ele tem consulta com a pediatra (da ULSRT), com a Dra. J. É meio difícil marcar consulta lá com ela, tem muita gente”.(N3)*

Dentre as treze entrevistadas, apenas duas referiram acompanhamento médico periódico de saúde na ULSRT, caracterizando um vínculo com o profissional médico local.

*“A G. (filha mais nova) era mais no posto de saúde mesmo que eu levava. E a L. também e o F. eu fazia consulta sempre nos postos por causa do bronquite, né”. (N7)*

Refere satisfação com o resultado alcançado:

*“E foi com a Dra. a N. e a Dra F. que eu tratei muito no posto de saúde (ULSRT). A N. (médica) com acupuntura e a F. (médica) também com os remédio homeopático. E ficaram curados (a filha com 3 anos o e filho com 18 meses), graças a Deus”. (N7)*

*“E a M. eu trato aqui (ULSRT) com o Dr. V. e a Dra. J. (atual pediatra da ULSRT) (...)E eu gosto muito do dr. V., né, que é uma pessoa muito calma”. (N3)*

Esta entrevistada fala ainda sobre uma médica já desvinculada da ULSRT:

*“Ela (Dra. F.) trabalhou no Posto do Rio Tavares (ULSRT), ela que cuidou de mim desde a gravidez, ela que descobriu. Tem agora seis anos ele, que ela cuida dele”.(N3)*

Nas falas dessas duas entrevistadas aparecem manifestações de satisfação com o atendimento recebido, tanto pelo resultado alcançado quanto pela relação com os médicos da unidade.

Avaliando as falas acima, houve uma diferença contrastante entre os dois grupos em relação à procura pela ULS. No grupo I quatro entrevistadas fizeram referência à procura por ULS, sendo que uma delas procurava a do Campeche e não a do Rio Tavares. No grupo II todas as entrevistadas referiram a procura pela ULSRT, ainda que com propósitos diversos e com percepções diferentes sobre a qualidade do atendimento. Como destacado acima, apenas duas mulheres referiram atendimento periódico na ULSRT.

Parece que seus motivos para utilização do serviço estão relacionados com a formação do vínculo médico-paciente. Nas falas das que utilizavam a ULSRT é citado o bom relacionamento com o médico. As falas daquelas que não utilizavam esse serviço rotineiramente expressam insatisfação com o atendimento. A questão do vínculo terapêutico criado na relação médico-paciente será abordada no item itinerário terapêutico, com as motivações para a escolha do serviço de saúde.

O apontamento de elementos que norteiam a escolha do local de atendimento (ULS/outras serviços de ambulatório ou hospital) aparece na fala de três entrevistadas. A **disponibilidade de atendimento**: *“Geralmente à noite, fim de semana, não tem posto de saúde tem que ir é pro hospital”.(N7)*

Adicione-se a **noção de gravidade**: *“Quando era alguma emergência muito grave mesmo, que o Posto não. (um ex.) o G. quebrava muito (rindo) braço, perna. Aí tinha que correr pro hospital”*.(N7)

Além da procura pelo HI e pela ULSRT outros locais de atendimento oficial à saúde foram citados, porém não de forma unânime como os dois últimos. Foram mencionados serviços particulares e conveniados de consulta de puericultura, especialidades pediátricas e emergência pediátrica.

*“aí o médico do posto (ULSRT) disse pra mim que ela tava com deslocamento da bacia. Aí levei ela no Dr. P., que é na (clínica). (...) e ela tem agenesia peitoral, né, aí eu faço tratamento com Dr. P.”*. (N1)

*“eu tratava com eles ali na (clínica), com a Dra. L. Foi até, ela descobriu o problema da L., tanto a oftalma, que ela precisou, como otorrino”*. (N2)

*“teve dor de cabeça, mas por falta de visão, quando era menor... a gente que viu que ele tinha muita dor de cabeça, levamos. O Dr. F. mandou...o oftalmo... de imediato também já providenciou o óculos”*. (N5)

Outras abordagens médicas foram abordadas apenas no grupo II.

A ausência de referências no grupo I pode estar relacionado à própria história de incorporação dessas práticas na medicina oficial, que é recente<sup>24, 26</sup>.

Quatro entrevistadas referiram tratamento homeopático com médico para os seus filhos. Três delas referiram satisfação e formação de um vínculo terapêutico com uma médica da ULSRT, homeopata, cujo atendimento foi procurado mesmo após o afastamento desta da ULSRT. Uma delas referiu também tratamento com acupuntura, oferecido na ULSRT.

*“não dava pra tratar se não fosse o médico, né, bronquite. E foi com a dra, a N. e a dra F. que eu tratei muito no posto de saúde. A N. (médica) com acupuntura e a F. (médica) também com os remédio homeopático. E ficaram curados (a filha com 3 anos o e filho com 18 meses), graças a Deus”*. (N7)

*“É, e ele também tem amigdalite só que ele faz o tratamento homeopático com a Dra. F., né, ele toma mais quando fica ruim”*.(N3)

Uma outra entrevistada que encontrou a indicação deste tratamento no aconselhamento do irmão e se mostrou satisfeita.

*“Aí quando ela era mais bebê, ela começou assim a ficar com tosse, tipo uma bronquite, ah que coisa, aí eu levava no médico e dava remédio, remédio e (...) não passava. Aí meu irmão, ele usa a homeopatia (...) comecei a levar e... (a filha tinha oito anos de idade) tá bem assim.... (...) deu também sinusite e terminei o tratamento com a Dra. M.. Terminou e ficou boa, homeopatia”. (N1)*

Nessa fala aparece claramente que a motivação para a adoção da homeopatia foi a percepção da mãe de dificuldade de manejo pela biomedicina para uma condição de doença de caráter mais crônico. A homeopatia parece ter sido buscada como uma alternativa. Outra fala apresenta semelhanças:

*“Mas aí ele tava assim sempre, né, era consecutiva a amigdalite dele (com idade de 3 anos). Febre, muita febre, aí a gente sempre corria pro Dr. F. B., né, que fazia os tratamento. Mas aí chegou uma hora, né, que ele tava muito magrinho de tanto tomar antibiótico e a gente optou pela homeopatia e realmente até hoje, se ele começou a ficar meio resfriado, já dou, eu levo na Dra. F., não tem? E ele logo toma o medicamento e tá sendo ótimo o tratamento(ri)”. (N5)*

## **6.2.2 SITUAÇÕES EM QUE PROCURARAM RECURSOS DA MEDICINA OFICIAL/PROFISSIONAL**

Como já apontado anteriormente, a percepção de gravidade, tanto como um sintoma agudo e intenso ou como refratariedade a tratamentos populares foram as circunstâncias que culminaram com a procura da medicina oficial, com variações entre as entrevistadas quanto a maior ou menor procura pela medicina oficial/profissional.

Mais especificamente, as situações apontadas como razão para a busca pela medicina oficial/profissional foi: febre alta e/ou que não cedia com tratamento caseiro (12)<sup>15</sup>; trauma(7), principalmente “corte”; vômito (5); dor forte (4); cansaço (também denominado de “bronquite”) (4); dor “forte” (4); choro percebido como excessivo (3); percepção de alterações anatômicas (3); tosse (2); inchaço (2); lesões de pele (2); paralisia (1); “molinho” (diminuição do tônus muscular) (1); perda de peso (1); falta de apetite (1); queixas visuais (1); alteração na postura (1).

---

<sup>15</sup> Número de entrevistadas que referiram o sintoma que levou à procura pela medicina oficial/profissional.

Quando os motivos para levar ao médico foram apresentados como um diagnóstico para a entrevistadora, os mesmos foram investigados para descobrir quais os sintomas que levaram a mulher a relatar esse diagnóstico. Os diagnósticos mais frequentemente referidos foram infecções de “garganta” (5), pneumonia (5), “bronquite” (4). Outros diagnósticos referidos foram “problema nos rins”, “alergia”, sarampo, caxumba, “bicho geográfico” e “vermes”. Estes diagnósticos foram relatados como motivos de consulta médica na entrevista, mas não ficou claro se estes foram aventados pela própria entrevistada antes de ir ao médico, ou após a consulta, *a posteriori*, e desse modo relatados pela entrevistada.

No grupo I quatro entrevistadas referiram consultas médicas ambulatoriais realizadas mais amiúde, porém sem fazer referência clara à puericultura. Não ficou claro se levavam a criança sem sintomas para acompanhamento periódico da criança ou procuravam o médico frequentemente com queixas específicas. Destas, três casos serão discutidos mais adiante por referirem a busca por atendimento médico periódico associada ao recebimento de leite.

Já no grupo II todas referiram consultas médicas ambulatoriais frequentes, embora duas não tenham referido claramente tratar-se de puericultura, pois sempre associavam a consulta a uma queixa específica. As outras cinco referiram consultas periódicas, mesmo sem queixas até idade que variou de um a dois anos, caracterizando dessa forma consultas de puericultura. Curiosamente a entrevistada N4, embora tenha afirmado a predileção por tratamento caseiro com chás referiu consultas de puericultura até um ano de idade.

*“Assim, aí eu controlei, os três primeiros meses, até um aninho, eu acho que eu fiquei controlando assim peso, né, por causa do peso, altura, tudo, pra ver se ganhava peso, era na clínica”.*(N4)

*“E aí tinha consulta do posto, a primeiras consulta, né. Ia no posto pesava, media, né, fazia todo aquele acompanhamento”.*(N7)

*“Eu tinha a pediatra, a Dra. L., era quatro em quatro meses, né”.* (N2)

Essas falas caracterizam a puericultura, destacando a monitorização do crescimento. Esses dados mostram que as mães do Grupo II, mais jovens, incorporaram, pelo menos em alguns aspectos, noções da medicina oficial sobre a importância da puericultura. Nas falas, elas apresentam um dos seis diagnósticos sobre a saúde da criança, propostos por Marcondes, como fundamental em toda consulta de puericultura: o do desenvolvimento físico<sup>20</sup>.

### 6.3 A PROCURA PELA MEDICINA POPULAR

*“Ah, porque a gente levava no médico, aí quando não tinha jeito ia procurar outro lado, né. Se melhorava... Mas o médico continuava”. (I3)*

*“Dava um chazinho e quando não tinha mais jeito levava no médico”.(I1)*

Para facilitar a discussão, a procura pela medicina popular está dividida de acordo com os tratamentos referidos pelas entrevistadas.

#### 6.3.1 RECURSOS UTILIZADOS/SITUAÇÕES DE PROCURA PELA MEDICINA POPULAR

##### A) Plantas Medicinais

Todas as entrevistadas fizeram referência ao uso de chás caseiros, lembrando que seis referiram o seu uso como primeira opção terapêutica.

Esse dado está em concordância com os trabalhos de Corrêa e Santos Júnior, que encontraram alta prevalência do uso de chás por populares no Rio Tavares<sup>8,47</sup>.

*“É dava chá, dava um chazinho (...) procurava sempre ver se melhorava, né, assim, a gente não corria muito assim pro médico”. (I2)*

A indicação por familiares é o mais freqüente, sendo que indicação por parte das mães das entrevistadas foi a mais citada (6)<sup>16</sup>, seguida pela avó (3), sendo citadas também tias irmãs, cunhadas e a sogra: *“Pra tosse, que a minha tia dizia: dá um chazinho de erva-doce que é muito bom”.(N1)*, *“A minha irmã faz muito chazinho pra eles”.(N3)*, *“Chazinho de folha de laranja, né, fazia um, quando tinha tosse fazia um açúcar queimado, com louro, que a vó ensinava. Às vezes botava uma folhinha de melissa pra eles ficar calminho”. (N4)*

Esta entrevistada fala sobre a origem histórica do conhecimento sobre o uso de plantas medicinais e reflete sobre a MT: *“Eu acho assim, tem alguns tipo de remédio assim que vem lá*

---

<sup>16</sup> Número de entrevistadas que referiram essa indicação.

*da vó, passa pela mãe, né, e eles passam pra gente e realmente, sempre, né. A gente vê essas reportage, né, quantos índios se curam só pelas erva, né? Eu acredito muito”. (N2)*

O chá também aparece como indicação da medicina oficial/profissional por três vezes, sendo duas para uso externo: *“Às vezes dava chazinho, mas tudo recomendado pelo médico”. (N6)*

*“Até, acho que fui umas três vezes (no HI) com esse problema (hematoma) porque criou uma bolsa de pus e aí o médico queria operar, mas é que ele (o médico) mandou fazer compressa com arnica em casa, aí eu fiz e quando fui na terceira consulta já não tinha mais nada, tinha desaparecido tudo”. (N4)*

A indicação do chá por terapeutas populares também aparece em três falas:

*“dava o chá de erva-cidreira e óleo de oliva que ela mandava (referindo-se à Dona F., benzedeira)”. (I4)*

A época da infância em que o chá é dado varia segundo cada entrevistada. Quatro apontam o período de lactente como o que mais utilizaram chás:

*“a gente dá mais (chá) quando é menor...” (N1)*

*“Chá, só aí às vezes pras cólica (do lactente), né, camomila, alfazema, dava pra eles”. (N4)*

*“numa fase que chorou muito (...) bebezinho, de um a uns quatro, cinco meses”. (N6)*

*“Chá de funcho quando eram bebezinho, né. A L. era muito chorona (...) e tinha muita cólica”. (N7)*

Já está entrevistada não relaciona a uma época da infância, mas sim a uma época do ano:

*“Eu acho que pra criança chá, pra criança, não tem época, depende da época que eles tão com problema de saúde, né. Pra mim assim, ó. Geralmente a L. usa mais chá é no inverno, que ataca mais por causa da temperatura”. (N2)*

O chá como alimento aparece na fala desta entrevistada.

*“Eles gostam de tomar chá, né, sem nem ter nada, eles gostam de tomar chá normalmente”. (N3)*

Já esta outra refere uso eventual: *“Até que ele toma, assim chá de hortelã, mas é muito difícil...” (N5)*



Esta entrevistada mostra que a idade interfere no tipo de chá indicado, mas não impede a indicação de chás.

*“Chazinho assim de erva mais fraca, né, porque também a gente não vai dar uma coisa que seja como caldo-santo, uma erva que amarga muito, né, alcachofra amarga, então a gente não dá pra criança, né”. (I2)*

Aqui apareceu uma categoria, fraco/forte, sendo o forte representado pelo amargo, referido como impróprio para crianças.

Essa fala está em concordância os dados encontrados na literatura, que mostram que na medicina popular a criança é vista como um ser mais frágil. A infância é considerada como um estado de liminaridade, entendido como estado de maior fragilidade e transitoriedade entre saúde e doença e que exige, portanto, maiores cuidados<sup>3,32,35,39</sup>.

*“(...) nascia e com 8 dias a gente já dava purgante pra eles (conta que deu pros filhos e netos que moraram com ela.) (...) “é óleo de rícino, riço ou rícino, eu não sei o nome bem. (...) Então é isso que ta aí. E aí o que eu fazia porque ele é a coisa que é fria, né, o purgante e eu pra não fazer mal a eles, o que eu fazia, botava uma colherzinha assim, botava uma colherzinha de purgante e botava uma de azeite e a outra de sena, que a sena é quente. Fazia o chazinho e dava”. (I5)*

Apenas uma entrevistada, cuja fala está reproduzida acima, falou sobre as categorias quente/frio, denominadas por Helman como teoria humoral latino-americana ou teoria das doenças quentes e frias<sup>1</sup>. Essa classificação está presente em vários trabalhos que abordam a medicina popular no Brasil, como Maués e Maués (1978)<sup>32</sup>, Queiroz (1993)<sup>4</sup>, Maués (1994)<sup>33</sup>, Nascimento(1996)<sup>34</sup>, Araújo (2002)<sup>35</sup>, bem como na população do Ribeirão da Ilha- Florianópolis estudada por Flores e Silva (1991)<sup>3</sup>.

Quanto às demais entrevistadas, todas pertenciam ao grupo que referiu uso de chás como primeira opção e não foram observadas em suas falas restrições ou critérios específicos para o uso dos mesmos, como por exemplo, nesta fala:

*“Um chazinho, né. O quintal é cheio...” (I6)*

As circunstâncias de seu uso já foram apresentadas, resta mostrar especificamente quais sintomas foram referidos mais frequentemente como motivos para utilização de chás. Tosse (6)<sup>17</sup>, gripe (6), “dor de barriga” (6), “vermes” (6), cólica (de lactente) (5), “bronquite” (5), choro percebido como excessivo/necessidade de acalmar a criança (5), febre (3), sarampo (3), dor de estômago (2) e outros, como “ferida”, obstipação intestinal e “intiriza”<sup>18</sup>.

Hortelã, erva-doce e camomila são os mais citados. A hortelã foi indicada por todas as entrevistadas do grupo I como o chá indicado para “vermes”, sendo que a sintomatologia que indicava “vermes” era muito variada, incluindo inapetência, dor abdominal ou até mesmo a eliminação de parasitos. Também foi indicada para “cansaço/bronquite” no grupo I e no grupo II para combater “cólica” e “dor de barriga”, sendo que neste grupo a categoria “vermes” não apareceu em nenhuma das entrevistas.

Araújo fala sobre a identificação de “lombriguentos”, que seria uma categoria comparável a de “vermes”. As “lombrigas”, também chamadas de “bichas” são responsáveis por alterações de apetite, mas os dados da autora diferem, pois ela descreve um aumento de apetite, com predileção por doces e “os olhos vidrados” ao ver outra pessoa se alimentando<sup>35</sup>.

A hortelã com ação vermífuga é identificada como *Mentha X villosa* Huds por Carriconde. Ele indica o uso do chá para “dor de barriga”, em concordância com as entrevistadas e indica seu uso para Ameba e Giárdia usando o sumo das folhas verdes misturado com mel<sup>45</sup>. Lorenzi e Matos também corroboram esse uso<sup>46</sup>.

Simões et al. apontam o uso popular da hortelã, identificada por ele como *Mentha x piperita* L., para problemas digestivos com cólicas e náuseas e para resfriados<sup>41</sup>. Lorenzi e Matos destacam atividades antiespasmódica, antiinflamatória e também anti-helmíntica<sup>46</sup>.

A erva-doce teve indicações bastante variadas dependendo da entrevistada, sendo recomendada para tosse e “bronquite”, “cólica de neném” e “dores de barriga” em geral, tendo propriedades laxantes segundo uma das entrevistadas.

A erva-doce é identificada como *Pimpinela anisum* por Carriconde. O chá tem indicações semelhantes às citadas pelas entrevistadas: “dor de barriga”, “dor de estômago”, “melhorar a digestão e aliviar gases”, “cólica dos lactentes”, porém neste último caso o autor recomenda que a

<sup>17</sup> Número de entrevistadas que referiram o uso de chás para esse sintoma.

<sup>18</sup> Termo popular para icterícia.

nutriz faça uso do chá para que a criança seja beneficiada de seu efeito através do leite materno<sup>45</sup>. Simões et al. destacam semelhanças nas indicações populares e farmacêuticas entre a erva-doce (*Pimpinella anisum* L.) e o funcho (*Foeniculum vulgare*), ambos utilizados internamente em distúrbios gastrintestinais com cólicas e gases. Os autores também citam o uso popular para tosse e asma<sup>41</sup>, o que concorda com a fala das entrevistadas.

Schulz, Hänsel e Tyler indicam *Pimpinella anisum* L. e *Foeniculum vulgare* como expectorantes, antiespasmódicos e carminativos<sup>43</sup>. Lorenzi e Matos descrevem atividade espasmolítica do *Foeniculum vulgare* e atividades espasmolítica e expectorante da *Pimpinella anisum* L. em ensaios de laboratório<sup>46</sup>.

A camomila foi indicada para “dor de barriga” e/ou “cólica” pelas entrevistadas.

A camomila é identificada como *Matricaria chamomilla* por Simões et al. Os autores destacam seu uso popular e farmacêutico para distúrbios gastrintestinais como antiespasmódico<sup>41</sup>. Lorenzi e Matos apresentam outros sinônimos para a mesma espécie, como *Matricaria recutita* e *Chamomilla recutita*. Em condições experimentais apresenta atividade espasmolítica e ansiolítica<sup>46</sup>. Schulz, Hänsel e Tyler também descrevem a ação antiespasmódica, acrescenta a atividade antiinflamatória e que a camomila possui substâncias capazes de amenizar a irritação da mucosa gástrica<sup>43</sup>.

Também apareceram guaco, louro, melissa, erva-cidreira, laranja, boldo, alfazema e funcho. O chá de folha de laranja é usado para tosse e “gripe”, tendo suas propriedades calmantes destacadas por uma das entrevistadas.

A laranja é identificada por Carriconde como *Citrus spp.* Ele refere que tanto as flores, folhas, cascas e fruto podem ser empregados, diferente das entrevistadas que referiram apenas o uso da folha como chá para crianças. O uso como calmante é indicado pelo autor<sup>45</sup>. Lorenzi e Matos apontam o uso popular como calmante e antigripal<sup>46</sup>.

A alfazema é indicada para “cólica”, tanto seu uso interno como chá ou externo, destacando no grupo I a confecção de travesseiros de alfazema para colocar no abdome dos lactentes como prevenção e tratamento para “cólica”.

Schulz, Hänsel e Tyler apresentam diversos estudos demonstrando efeito calmante/sedativo da alfazema (identificada como *Lavandula angustifolia*) tanto em uso interno

como em terapias inalatórias<sup>43</sup>. Lorenzi e Matos destacam o uso popular como antiespasmódico e calmante<sup>46</sup>.

De forma geral, as indicações de plantas medicinais pelas entrevistadas estão de acordo com os dados encontrados na literatura.

Mel, leite quente e açúcar queimado aparecem como elementos adicionais nos chás para problemas respiratórios, destacando guaco e louro.

Várias espécies do gênero *Mikania* são referidas como “guaco”<sup>46</sup>. O guaco é identificado por Simões et al., no RS, como *Mikania laevigata* e seu uso popular interno como expectorante em afecções do trato respiratório é destacado, bem como nas falas das entrevistadas. Os autores também apontam a associação do guaco com mel nas preparações populares<sup>41</sup>.

Em relação ao uso de plantas medicinais no cuidado das crianças, Araújo, no Paraná, encontrou um maior número de receitas de remédios populares para doenças de crianças<sup>35</sup>. Queiroz, em São Paulo, aponta o uso caseiro de ervas medicinais, usadas, principalmente, como chás ou como banhos e ungüentos externamente, como estratégia comumente usada pela dona de casa no trato de alguns sintomas e doenças de seus filhos<sup>4</sup>.

## B) Benzedeadas

*“Não é porque uma crença é verdadeira que uma comunidade inteira acredita nela; é porque a comunidade acredita coletivamente nela é que ela é verdadeira”.* (Carlos Brandão citado por Quintana<sup>36</sup>)

As benzedeadas aparecem como opção terapêutica para oito das entrevistadas, sendo assim o segundo recurso popular mais utilizado, juntamente com o uso caseiro de medicamentos industrializados.

Este recurso também aparece em trabalhos realizados na Ilha<sup>3,39,60</sup>.

Queiroz destacou o uso da medicina popular religiosa baseada na benzedura, na população estudada, em São Paulo<sup>4</sup>. Outros estudos sobre medicina popular brasileira apontam o uso da benzedura<sup>34,35,36</sup>. Também Metcalf, Berger e Negri falam sobre rezadeiras<sup>9</sup>.

São cinco mulheres representantes do grupo I e três representantes do grupo II, dentre elas duas referiram benzeduras realizadas por familiares, portanto no ambiente doméstico. No grupo I todas levavam a uma benzedeira reconhecida na comunidade.

No ambiente familiar, uma referiu que a sua irmã benze de “machucado” e “zipra”. *“Assim de vez em quando tem um machucado que tá muito vermelhinho, né, que não seca. Ela (a irmã) vai lá pega o óleo com a folhinha de laranja aí ela benze, faz a reza dela, aí três vezes. Segunda, terça e quarta.”* Refere ainda *“A minha irmã, que ela assim, gosta de benzer de zipra, Ela (a irmã) benze assim quando a gente se afoga, de espinha”*. (N3)

Outra referiu que sua sogra benze a neta: *“a minha sogra, por exemplo, ela benze de, quando tá com a garganta assim meia irritada, aí diz que cai a pingueleta aqui da garganta, como é que é a, que fica arrastando em cima da garganta (...) a campainha (...) (ri) Não sei se é verdade ou se é mentira, mas melhora. É assim”*. (N7)

Já no grupo I (além da outra integrante do grupo II) referiram a benzedeira como terapeuta popular, representante da comunidade ou das adjacências, quase sempre restrita ao sul da Ilha, porém por vezes em bairros mais distantes, como por exemplo, a Trindade. (I3)

No discurso de uma entrevistada, a benzedura aparece claramente como segunda opção terapêutica: *“A febre dos dentes dava purgante de ricino antes em casa, (...) E levava na benzedeira. Se não dava jeito aí tinha que levar na assistência”*. (I1)

Outra refere como opção “complementar” à do médico, em casos de difícil resolução pela medicina oficial/profissional: *“Ah, porque a gente levava no médico, aí quando não tinha jeito ia procurar outro lado, né. Se melhorava... Mas o médico continuava”*. (I3)

Nas outras entrevistas não fica tão claro se a benzedeira era procurada antes ou depois do recurso médico.

Aparece claramente a relação entre a suspeita de quebrante e a procura por benzedadeiras: *“benzia quebrante”* (I4), *“Benziam de quebrante, a gente, muitas vezes eu levei meus filhos pra benzer quando eu era nova, pra benzer do quebrante. Chegava lá benzia, a criança não comia (apontado como principal manifestação de quebrante por essa entrevistada)”*. (I5)

*“Não comia, é, deixava de comer, vinha a mamadeira não queria. Aí era: Ah, deve tá com olho gordo, mau olhado, vai benzer essa criança! Aí pronto, benzia também já voltava ao normal. Melhorava”*. (N4)

Também foram encontradas, na literatura, referências ao quebranto como doença que acomete principalmente crianças. A criança, por ser considerada como um ser mais vulnerável, estaria também mais vulnerável ao olhar invejoso e, portanto, ao quebrante<sup>35</sup>. A principal arma popular contra o quebrante é a benzedura.

O quebrante ou quebranto é equivalente ao mau olhado, conceito já discutido previamente. Araújo (2002) coloca que “o olhar que causa quebrante é, na maioria das vezes, de admiração pelas qualidades das crianças, mas revela a existência de uma maldade interna às pessoas, pois, mesmo sem intento, elas causam mal ao se depararem com algo desejado e não possuído”<sup>35</sup>. Flores e Silva também apontam em seu trabalho o olhar como causador do quebrante e coloca como sintomas: “não come, moleza no corpo, fica triste e de pescoço mole”<sup>3</sup>. Nas falas das entrevistadas a inapetência e choro aparecem como principais manifestações do quebrante, concordando, em parte, com o trabalho de Flores e Silva<sup>3</sup>.

Uma das entrevistadas (I6) refere seu papel como benzedeira, muitas vezes pedindo que o gravador fosse desligado para narrar sua história. Sua fala está em concordância com o que as outras entrevistadas referiram sobre a benzedura. É através da fala dessa entrevistada, mãe e benzedeira, que serão apresentadas as principais características do ato da benzedura.

*“Eu benzia”*. Prossegue contando que parou de benzer porque *“não parava de vir gente aqui”*, *“às vezes eu até me escondia”* e conta que mandava os filhos dizer que ela não estava. *“E o pior de tudo é que se, por exemplo, eu te benzo e aí o que tu vai fazer se uma amiga tua tem o mesmo problema (explicando como a procura pelos seus serviços era sempre crescente)”*. (I6)

Ela conta que seu pai era benzedor e completa: *“acho que peguei o Dom com ele”*. (I6) Helman mostra que em geral os curandeiros populares possuem pouco treinamento formal quando comparados à formação médica ocidental. Ele aponta várias maneiras de um indivíduo se tornar curandeiro popular e dentre essas pelo menos três parecem estar em consonância com a narração desta entrevistada: herança familiar (nascimento numa família de curandeiros), revelação – descoberta do “dom da cura” e aprendizado com outro curandeiro<sup>1</sup>.

Quintana também refere que as benzedadeiras entrevistadas, em seu estudo, indicavam a origem de sua atividade por aprendizagem, em geral com um membro da família e/ou experiência mística.

Além do aprendizado com o pai ela também fala de sua própria experiência consultando terapeutas populares em caso de doenças dos filhos. Refere que após tentar o tratamento em casa, buscava outros recursos populares e conta quem procurava na comunidade: *“Era curandeira. Era disso que a gente vivia, né.”* Conta que na Costeira e no Ribeirão haviam senhoras, hoje já falecidas, que benziavam e cobravam, *“tinha que dar alguma coisa.”* Mas justifica *“também elas viviam disso”*. E faziam “garrafada”, além da benzedura. Conta que levou os filhos quando estavam *“tomado da lua, que eu acho que hoje é essa intiriza, que fica amarelo, né?”*. Refere que elas ensinavam “remédio caseiro”, que indicavam purgante óleo de rícino, ensinavam chás e que faziam homeopatia. (I6)

Sobre as doenças que as benzedadeiras costumavam tratar, ela responde: *“tratavam tudo, que elas achavam que sabiam. E a pessoa se tinha de viver, vivia e se tinha de morrer, morria”*. (I6)

Helman refere: “as relações entre curandeiros populares e profissionais são, normalmente, marcadas pela desconfiança e descrédito mútuos”<sup>1</sup>. Sobre a relação entre terapeutas populares e profissionais a benzedeira expressa como percebe a posição dos médicos quanto ao seu trabalho: *“Tem médico que não gosta que a gente faz as coisas mas tem médico que acredita.”* (I6) Aqui ela mostra ter encontrado reações bastante opostas entre os representantes da medicina oficial.

Quintana coloca que é prática comum das benzedadeiras no diálogo com o cliente relatarem casos similares ao apresentado pelo cliente e que tiveram resolução positiva, sendo que nessas histórias é comum a referência de reconhecimento por alguém de prestígio social, a procura de pessoas provenientes de locais distantes e relatos de cura em relação ao qual um médico tenha fracassado<sup>36</sup>. *“(...) veio comigo umas quatro vez e se curou, depois de passar em tanto médico”*. (I6) A fala apresentada é um exemplo claro desse tipo de história. Essas manifestações de descrédito aos serviços oficiais como essa, podem ser uma forma de autopromoção.

A entrevistada apresenta as características mais importantes do seu ofício de benzedeira. Conta que a benzedura é constituída basicamente por reza, porém que não se conta a outras pessoas como se faz. Explica que é oração e que, inclusive, quando a pessoa não pode ir na casa da benzedeira, *“se a pessoa acredita”* pode combinar por telefone que horas que deve receber a oração, aí ela faz no horário combinado. *“Mas também às vezes eu já digo: e toma tal chá”*. (I6), dizendo que usa plantas medicinais junto com a benzedura.

Esta definição está de acordo com a definição de benzedura apresentada por Quintana: “uma atividade principalmente terapêutica, realizada através da relação cliente/rezador, de modo que ‘a benzedeira ou benzedor’ exerce um papel de intermediação com o sagrado pela qual tenta obter a cura, e essa terapêutica tem como processo principal, embora não exclusivo, o uso de alguma prece”<sup>36</sup>.

A benzedeira entrevistada (I6) conta que benzia de “*zipra, mau jeito, dor de dente, e outras coisinhas...*” Refere que “*dor de dente mesmo dava uma fila de gente*” (fala rindo) e conta que benzia também de “*arca-caída, berruga, cobreiro, mau jeito*”.(I6).

Ela explica do que se trata “arca-caída”: “*Quando pega a criança de mau jeito aí a costela sai fora do lugar*”. Conta que é mais comum em crianças, em “*nenenzinho (...), mas outro dia tive que benzer uma senhora de 60 anos!*”.(I6)

Ela conta que as crianças “*melhoram com reza, melhoram com chá*”. (I6)

Esta fala está em consonância com o trabalho de Araújo, que encontrou grande número de remédios caseiros e uso de benzeduras para crianças por populares no PR<sup>35</sup>, e outros trabalhos que destacam a benzedura de crianças no trabalho das benzedadeiras<sup>34,36,39</sup>.

Ela diz que não se cobra pra benzer. E acrescenta: “*Eu não acredito nessas mulher que cura e querem dinheiro, essa pessoas que cobram não faz bem.*”(I6)

Mas conta que há pouco tempo um casal com boas condições financeiras foi pedir pra ela “*benzer a mulher e o homem já tinha gastado 400 reais em médico e aí já entrou dizendo que pra benzer não pode cobrar*”. E ela conta que disse pra ele “*e eu falei alguma coisa se ia cobrar?*” A benzedeira refere que a mulher tinha “*cobreiro*”, entrou com um lençol enrolado no tórax na região mamária e que tinha a mama “*sangrando*”, que o cobreiro é “*marca duma alergia, umas bolha de água e pus revendo* (quer dizer vertendo) *e tem que cuidar porque às vezes pode até matar...*”. E então relata que essa mulher “*veio comigo umas quatro vez e se curou, depois de passar em tanto médico*”. Segue contando que o marido foi à padaria e comprou uma cuca de banana para ela, a benzedeira que curou a mulher, enfatizando que isso ocorreu depois de terem gastado 400 reais em médicos que não resolveram o problema. E depois termina: “*Mas não importa, Deus me dá o dobro*”. (I6)



A benzedura, por estar associada a um Dom divino, não compete o pedido de pagamento<sup>3</sup>, porém parece haver um acordo implícito de que com o alcance da cura o cliente presenteie a benzedeira. As falas das entrevistadas mostram esses dois aspectos:

*“ela só benzia com o crucifixo, né, ela tinha sempre o rosário na mão, mas não pedia nada em troca. E nem agradecia, também não podia agradecer, tinha que agradecer a Deus...”(N4)*

*“Naquela época... um filho, não tinham curado num médico e aquela pessoa, né, coitada, não sabia nem a letra ‘a’ e através daquele Pai, não é pela gente, é por ele, é Ele que dá o Dom, (...) e ficar curada. A gente ficava tão contente e dava algum presente pra eles”. (I5)*

Diferentes situações foram apontadas como motivo para a procura da benzedeira. Febre, tosse, choro excessivo, mas principalmente lesões de pele descritas como “zipra/erisipela”, também “arca-caída” e mau-olhado, também denominado de quebrante, quebranto ou, ainda, “olho gordo”, como nessa fala:

*“Tinha a Dona A. também que benzia olho gordo. Pegava um galhinho de folha e benzia, e a gente acreditava, tinha fé e fazia bem.”* Ela explica como é o “olho gordo”: *“quando chorava muito, não dormia à noite, entende, acordava assustado, gritando, quando a criança começava a olhar assim muito, naquele tempo não era forrado, pra telha, assim gritando, começava a emagrecer muito, ficar sequinho.” (I5)*

Outra entrevistada também descreve com detalhes:

*“Não comia, é, deixava de comer, vinha a mamadeira não queria. Aí era: Ah, deve tá com olho gordo, mau olhado, vai benzer essa criança! Aí pronto, benzia também já voltava ao normal. Melhorava. (...) Benzia a roupa. Aí fazia, eles vestiam, dormiam à noite com aquela roupa”. (N4)*

Nessa fala a entrevistada explica sobre o diagnóstico de arca-caída:

*“Esse neto (L.) nós levamos uma vez pra benzer, mas não era arca caída, não, mas depois não lembro o que era. (...) quem benzeu foi a Dona F. que morava no Porto, ali que vai pro Campeche”* (apontando na direção). *“Benzia, media, assim, assim (e flete os membros inferiores e superiores, primeiro da direita, depois da esquerda)”.* (I4)

Ela segue explicando que a criança quando tinha “arca caída”: *“tinha febre, vomitava”* e que depois de benzer melhorava. Mas que o neto não era “arca caída”, levaram e benzeram, mas

não era. E depois disso a criança foi levada ao médico e curada. Essa fala mostra que a “arca caída” é vista como uma doença curável pela benzedeira e que, portanto, se a criança foi levada à benzedeira e não foi curada tratava-se de outra doença.

As referências dos sintomas apresentados nos casos de “arca caída” estão de acordo com o trabalho de Flores e Silva, no Ribeirão da Ilha<sup>3</sup>.

Outra entrevistada, integrante do grupo II e que referiu a benzedura como prática intra-familiar (a sogra benzia seus filhos) expõe sua visão pessoal sobre o efeito terapêutico da benzedura:

*“(...) ah, leva essa criança pra benzer, porque tá com quebrante. E melhoram. Ficam bons. Talvez só pelo entusiasmo de ir lá e fazer essa benzedura, né, a pessoa, a criança fica bem. Ou a mãe que perde a mania, né, talvez. (...) É, porque se a criança chora porque tá com quebrante, e se ela continua chorando, talvez não seja quebrante, mas a mãe acredita que seja quebrante, leva pra benzer e acredita que curou (...)E talvez como quando a gente, tem pessoas, e talvez não seja a criança que tá com problema, é a mãe que tá, né, é a mãe que tá incomodada, tá irritada, que a criança chora e isso e aquilo e acha que a criança é que tá doente, mas daqui a pouco a gente é que faz, né, fazer a criança ficar doente. Não sei, isso é o meu pensamento”.*  
(N7)

*“E agora não tem mais quem benza de quebrante. Morreram as velhinhas também.”*(N7)

A mesma entrevistada referiu: *“Porque não era só antigamente, né, tem pessoas que ainda acreditam”.*(N7)

### **C) Homeopatia**

Embora a homeopatia seja uma especialidade médica, três entrevistadas do grupo I relataram tratamento denominado por elas como “homeopático” na medicina popular. Referiram terapeutas populares que associavam chás e remédios homeopáticos, além da benzedura.

*“(...) esses remédios do centro (medicamentos homeopáticos fornecidos pelo SUS) são tudo igual as homeopatia das benzedeira, e eu falo e as minhas filhas não acreditam”.*(I6)

*“A gente levava na casa da benzedeira, que a gente acreditava ela rezava e dava a dose pra dar uma colher de hora em hora. (...) A dose era o remédio misturado na água que a gente acreditava”.(I1)*

Outra tenta explicar o fenômeno, a partir do que ouviu outras pessoas falarem, embora afirme nunca ter “confiado” os filhos a esse tipo de tratamento:

*“não era médico, era a pessoa que entendia, olhava pelo livro, né, e aí dava aquela homeopatia”.(I2)*

Essas falas mostram as semelhanças com a homeopatia praticada na medicina oficial, também baseada na diluição dos medicamentos<sup>23</sup> e com posologia geralmente caracterizada pela alta frequência das doses. Também na homeopatia praticada por médicos são consultados os livros que descrevem as ações de cada medicamento (matéria médica) ou que indicam medicamentos partindo do sintoma (repertório).

#### **D) Medicamentos industrializados**

Oito entrevistadas fizeram referência ao uso caseiro de medicamentos industrializados, sendo todas as do grupo II e apenas uma do grupo I. O uso seguia o padrão de prescrições médicas prévias, geralmente por aconselhamento em consultas anteriores. Além do uso caseiro, fora do ambiente doméstico, o uso de medicamentos sem prescrição médica por aconselhamento com o farmacêutico foi referido por quatro entrevistadas, assunto do próximo item.

O uso de dipirona ou paracetamol para febre e/ou dor foi citado por todas as entrevistadas do grupo II.

*“Ah, assim, quando tá uma dor de cabeça, eu dou sempre Tylenol infantil, né? Tem aquele com gostinho de morango, né, porque já, que as criança não ficam, né, às vezes dá até, tomam daquele normal, dá ânsia de vômito, dá essas coisa, tudo. Eu sempre dou um Tylenolzinho. Eu pelo menos, eu olho a febre primeiro, pra ver quanto é que tá a febre, né, aí boto o termômetro, aí vejo ali: ah, não, tá bom, ah, ó, já passou de 38, então aí eu dou sempre Tylenol”. (N2)*

A prática de repetir a administração de fármacos previamente prescritos em situações que as mães identificam como semelhantes é bastante comum: *“eu sempre tinha a novalgina xarope, que eu sabia que podia dar, quer dizer, era, o médico sempre deixava em casa, né?”*. (N4)

Uma entrevistada citou ainda o uso de dexametasona tópica. *“Se for picada de inseto eu já uso a pomada de dexametasonas que é o indicado pra eles, né, que eles têm alergia a insetos”*.(N3)

Outras duas entrevistadas (N1 e N5) referiram também uso da medicação homeopática<sup>19</sup> com a mesma abordagem: *“A dor de cabeça dele, quando ele começa com dor de cabeça sempre que ele tem um pouquinho de sinusite, mas também com o medicamento da homeopatia logo resolve. Então eu já sei... (ri)”*.(N5)

É interessante observar que a única entrevistada do grupo I que referiu uso de medicamentos industrializados referiu um medicamento diferente dos referidos pela demais para controle térmico: *“Ah, dava... naquele tempo a gente usava muito AAS, Melhoral infantil, né, então a gente a primeira coisa que dava era melhoralzinho infantil, a primeira coisa que dava em casa, né”*.(I3)

Esses achados podem ser explicados pela própria incorporação das prescrições médicas nas condutas futuras das mães, levando em consideração que o uso de ácido acetil salicílico era mais freqüente no passado e que atualmente é dada preferência ao uso de antitérmicos e analgésicos como dipirona e paracetamol, o que já aparece no discurso das mães do grupo II. Assim, no uso caseiro de medicamentos, a origem da indicação não é familiar, diferente do que ocorre no uso de chás, mas sim baseada em aconselhamento médico. Esse dado concorda com Loyola quando refere que em caso de doença, a população recorre primeiramente aos “conhecimentos terapêuticos familiares, na experiência acumulada por ocasião de doenças anteriores”<sup>11</sup>. Assim um medicamento reconhecido como eficaz em determinada situação poderá ser reutilizado numa situação identificada como semelhante.

---

<sup>19</sup> Embora os medicamentos homeopáticos não possam ser produzidos em grande escala industrial, como os alopáticos, foram incluídos nesse item como medicamentos adquiridos em farmácias.

## E) O Farmacêutico

Além do uso caseiro de medicamentos, descrito acima, o uso de medicamentos sem prescrição médica por aconselhamento com o farmacêutico foi referido por quatro entrevistadas, sendo apenas uma do grupo I. (N1, N6, N7 e I3)

Todas referiram procurar aconselhamento com o mesmo profissional, farmacêutico proprietário e responsável por uma farmácia localizada em uma comunidade vizinha, a Lagoa:

*“que as pessoas costumam levar tudo pro X. como se fosse médico, né. Aqui no Rio Tavares tem muitas pessoas que fazem. E eu também já fiz muito também. As crianças quando eram (crianças). A G. também eu já levei várias vezes também...” (N7)*

Aqui a própria entrevistada mostrou conhecer que a função do médico difere da função do farmacêutico e que esta situação está fora do procedimento oficial:

*“Mas assim no caso de febre, coisa assim, eu levava mais era no X., farmácia. (...) Ah, no X. ah, o que eu levo mais assim. Final de semana quando ela fica bem ruim e não tem como levar na médica ou então à noite. Aí eu levo. Na Lagoa ele tá ali direto. Aí eu levo... (...) Uma vez ela... (mostra a pele, indicando prurido) Não sei, acho que alergia. Chorava muito, muito. Aí eu fui vamo lá. O X. deu uma pomadinha, comecei a passar, pronto. (...) às vezes o médico não dava o remédio tão bom... (em relação ao farmacêutico)”(N1)*

O reconhecimento médico do farmacêutico (uma suposta oficialidade): *“É, porque os médico vão tudo lá, tem um até famoso, o Dr I. Tu não conhece ele? Ele falou e mesmo outros médico, foi ele mesmo que disse: tu pode botar muita confiança nele.”(I3)*

Esta entrevistada também aposta na “oficialidade” do farmacêutico e acrescenta que como elemento do saber formal, este terapeuta teria a capacidade de reconhecer suas limitações e de aconselhar quando o médico deveria ser procurado: *“um homem como ele, ele tem muita experiência, e ele falava a mesma coisa que o pediatra.(...) ele te recomenda quando procurar o médico, quando ele vê que tá, ele manda pro hospital, ele sabe quando não é da alçada dele”. Mas ela completa que “nenhuma das vezes que eu levei ele disse pra levar no médico ou no hospital”. (N6)*

A insatisfação com a prescrição médica também motiva as mães a procurar a opinião do farmacêutico:

*“porque queria outro remédio (outro que não o receitado na consulta médica)”(N6)*

*“às vezes o médico não dava o remédio tão bom... (em relação ao farmacêutico)”(...) o X. (farmacêutico) acerta mais que muito médico. Médicos menos experiente... ele (farmacêutico) já passava o remédio e pronto (...) porque tem médico que só quer observar e não sabe tanto como ele (farmacêutico) que tem muita experiência...” (N1)*

Nesta fala e em outra já citada a palavra experiência é apontada.

A procura pelo farmacêutico por encontrar maior rapidez aparece nessa fala:

*“Vai pro posto perde tempo, vai pro hospital perde mais tempo ainda, né. A farmácia é mais rápido, chega lá o farmacêutico já tá lá pronto pra atender”. (N7)*

Queiroz<sup>61</sup> ao analisar a relação entre farmacêuticos e médicos em Paulínea-SP coloca em sua discussão que: “a falta de educação, ou educação inadequada da grande maioria da população que, movida pela propaganda, revela um comportamento fortemente inclinado em direção a uma medicina baseada em soluções tecnológicas complexas e uma supermedicalização”, mostrando o papel dos farmacêuticos (além de outros profissionais de saúde) como fomentadores desse padrão de comportamento. A fala *“porque tem médico que só quer observar”*(N1) e as falas que expressam o grande valor dado a rapidez de atendimento parecem levar em conta alguns dos aspectos destacados por Queiroz em seu estudo<sup>61</sup>.

Outro fator se destacou nas falas das entrevistadas: a formação de um vínculo terapêutico com este profissional. O vínculo aparece como importante na escolha de um recurso terapêutico nas falas seguintes. A importância do vínculo será discutida posteriormente.

*“eu já fui nele pra uns problemas meus, assim, e dava certo.”* A partir disso, resolveu levar a filha. E seguiu levando e agora justifica a preferência *“como ele (farmacêutico) já conhece ela (a filha)”*. (N6)

*“Aí eu tirei da mão dele (do médico) e botei na mão do meu farmacêutico ali da Lagoa, o X. que acabou de curar ele”*.(I3)

## **F) Outros terapeutas populares**

Referência a outros tipos de terapeutas populares apareceu apenas em uma entrevista. Trata-se de um curador espiritual, mas que em nenhum momento foi referido como benzedor.

*“Esse meu filho mais moço, eu vou te falar uma passagem. A criança não comia. Desde a época que ele nasceu... eu dei o peito pra ele até... depois dos três meses ele não queria mais o peito, esse menino chorava dia e noite. Aí conheci uma senhora que teve um caso parecido com o filho. Meu Deus essa criança tá com fome. Ela disse pra levar no Centro do Osvaldo Meli (referindo-se ao centro espírita, no Centro da cidade). É, na frente do Colégio Lauro Muller, ali. Aí eu levei ele e ele disse: tu faz uma mamadeira com a comida e uma mamadeira de água. Aí eu dei. Olha, com três dias não chorou e começou a comer. Ficou curado”.*(I5)

Essa fala foi apresentada pela entrevistada logo após referir o bom resultado alcançado pelas benzedadeiras, ela apresenta uma sucessão de exemplos de casos em que a cura estava relacionada não a medidas físicas, mas sim a um “Dom”, a um poder espiritual.

Esta mesma mulher falou sobre seu potencial divino para a cura, porém referiu vivenciá-lo de maneira conflituosa.

*“eu tenho esse Dom não é de agora, desde menina, eu já nasci com esse Dom, sabe, tu acredita. (...) Eu dizia: ai meu Deus, eu cheguei perto de fulano, de tal pessoa, e eu tava tão bem e fiquei ruim. E eu ia no médico, porque eu não sabia usar o Dom que eu tinha. (...) Mas eu não queria ser isso, eu não queria ser eu, e eu queria que fosse pra alguém... mas eu não queria e eu continuava com isso. (...)E tem muitas e muitas coisas aí, querida, sabe, se alguém tá com dor, eu coloco as minha mão... Mas não levo isso pra fora, porque aqui eles vão tratar que é macumbeira”.*

A questão dos problemas de saúde não relacionados a aspectos físicos, mas sim a aspectos espirituais será discutida no item itinerário terapêutico.

#### **6.4 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO E REDES TERAPÊUTICAS**

Após a discussão sobre a procura pela medicina oficial/profissional e pela medicina popular, serão descritos os caminhos mais comumente percorridos pelas mães do Rio Tavares em busca de tratamento para a saúde de seus filhos. Dois tipos básicos de resposta foram apresentados, resultando na divisão em dois grupos.

O primeiro grupo (grupo A) referiu utilizar chás caseiros como primeira escolha terapêutica. Essas entrevistadas foram enfáticas em suas falas ao dizer que sempre preferiam

realizar o tratamento em casa e levavam ao médico apenas quando o tratamento caseiro não apresentava o resultado desejado.

Já o segundo grupo (grupo B) referiu a consulta médica como primeira escolha terapêutica, sempre que possível. Todas referiram usar chás ou medicamentos (prescritos anteriormente pelo médico ou indicado por farmacêutico) quando não conseguiam levar ao médico, por uma dificuldade qualquer, logo nos primeiros sintomas.

Em relação à primeira escolha terapêutica seis (I1, I2, I4, I5, I6 e N4) entrevistadas referiram o uso caseiro de chás (grupo A).

*“primeiro dava chá, se não melhorasse tinha que levar pro médico”. (I4)*

*“(...) uso remédio caseiro sim, quando vejo que não dou conta eu vou pro médico”. (I6)*

*“Dinheiro pra consulta eu não tinha, eu era obrigada a cuidar com erva de chá”. (I5)*

Aqui aparece a referência ao uso de chás por dificuldade financeira.

Duas delas ressaltaram a associação entre a procura de serviços oficiais e a gravidade do quadro apresentado (I5 e N4).

*“Olha, eu tinha que ter certeza mesmo se era uma coisa muito grave. Porque se eles falassem assim: ah, tô com dor de barriga. Aí eu fazia um chá de hortelã. Aí se fosse febre, aí sim, eu güentava, né, até, ia controlando, verificando de vez em quando, aí quando eu via que não baixava mesmo a temperatura, então eu passava, dava a novalgina e se não abaxasse a febre mesmo com a novalgina aí eu voltava (corrige:) aí eu ia pro médico.”*

É notório que a única componente deste grupo pertencente ao grupo II foi a única que incluiu também o uso caseiro de medicamentos industrializados como opção terapêutica. Cinco entrevistadas (exceto I2) também referiram a inclusão de benzeduras (de dentro ou fora da comunidade) como opção terapêutica, sendo que duas destas (I1 e I5) apontaram como segunda opção terapêutica.

A entrevistada que usava chás como primeira opção terapêutica e que não considerou benzedura como opção terapêutica (I2) ressaltou que apesar de sempre usar o tratamento caseiro como primeira escolha freqüentava bastante as unidades de saúde, por ser “muito preocupada”:

*“eu era muito preocupada (...) então eu sempre levava eles lá (ULS Campeche) (...) Eu achava que tinha qualquer coisa (...) eles (médicos do ULS) não, não tem nada, seus filhos tão tudo bem”. (I2)*



Esta fala destaca que o tratamento caseiro com chás como primeira escolha pode não implicar necessariamente em visitas pouco frequentes a serviços oficiais de saúde.

As sete entrevistadas que não usavam chá como primeira escolha (grupo B) referiram predileção pelo médico:

*“aí era tão acostumada a levar no médico”.*(N1)

*“Corria pro pediatra...qualquer dúvida que tinha”.* (N6)

*“Eu levava no médico”.*(N2)

*“Ah, o Hospital Infantil, dava qualquer coisa já ia”.* (I3)

Dentre as sete entrevistadas, três (I3, N5 e N6) referiram uso de terapias caseiras (chás ou medicamentos industrializados) apenas eventualmente. É interessante notar que umas dessas entrevistadas (N6) referiu buscar também orientação com o farmacêutico quando a doença lhe parecia “leve” e outra (I3), que usava o tratamento médico como primeira opção, referiu que mudou de opinião ao longo dos anos e que no final da infância dos filhos (até hoje) passou a ter como primeira opção buscar orientação de um farmacêutico. As outras quatro também referiram predileção pelo médico sendo que duas referiram realizar os primeiros cuidados em casa, associando a procura imediata do médico com maior gravidade do quadro. Esses cuidados caseiros eram tratamentos com chá, medicamentos industrializados, duas incluíram benzeduras realizadas por parentes (N3 e N7) e duas delas (N1 e N7) referiram aconselhamento com o farmacêutico, extrapolando o limite do cuidado caseiro.

Neste grupo (grupo B) a benzedura aparece no ambiente doméstico e não comunitário, diferente daquelas que utilizavam chás como primeiro recurso terapêutico e também benzedura. Aqui o farmacêutico aparece como opção para quatro entrevistadas, sendo que esse terapeuta aparece como elemento cujo papel transita entre as opções oficiais e populares. Todas fizeram referência ao mesmo farmacêutico. O profissional citado atuava em uma comunidade vizinha (Lagoa) e era proprietário e responsável por uma farmácia. Apesar de ter estudo formal/oficial é considerado um terapeuta popular em nosso estudo, pois não está oficialmente habilitado para realização de consultas e prescrição.

Exemplo claro da complexidade do assunto é dado pela entrevistada I3 que refere uma mudança em determinado momento da infância de seus filhos no itinerário, passando da preferência pelo atendimento médico para a consulta ao farmacêutico.

*“Ah, depois eu não levei mais pra médico. Era X.(referindo-se ao farmacêutico).”(I3)*

Quanto às demais entrevistadas, apesar de não terem referido mudança tão brusca no padrão de escolha de recursos terapêuticos, a divisão apresentada acima é melhor compreendida se encarada como uma preferência para a maioria das situações e não como um padrão fixo e invariável. Como exemplo, pode-se citar o relato de uma mãe que preferencialmente levava a criança ao médico como primeira escolha, mas demonstra que não foi este o primeiro recurso utilizado quando a criança estava sob os cuidados do padrinho:

*“A G. tinha muito bicho geográfico (...) e eu corria demais assim, com hospital, posto de saúde e a gente não sabia o que era, né,(...) Ela foi viajar com o padrinho e ele (...) botou babosa tudo, mas não resolveu, e furou, né, isso e não pode furar o bicho geográfico, né, porque fica, nela fica umas bolas enorme (...) aí infeccionou tudo(...) Ela tinha 10, 11 anos, (...) Aí levei no posto de saúde. O médico falou que era picada de aranha, levei lá, mandaram no posto de saúde da Lagoa, lá eles falaram também que era picada de inseto, ficaram apavorados, mandaram pro HU, aí no HU um médico um japonês querido, um senhor, aí ele falou: não, isso aqui é bicho geográfico mesmo”.(N7)*

#### **6.4.1 FATORES MOTIVADORES PARA A BUSCA PELA MEDICINA OFICIAL/PROFISSIONAL**

No grupo I as razões apontadas para a procura da medicina oficial/profissional foram variadas.

A **resolutividade** apareceu na fala *“lá (no HI) eles davam medicamento e graças a Deus tava bom”*.(I5).

A **percepção de bom atendimento**: *“Atenderam muito bem. (referindo-se ao HI)”* (I2) *“Era muito bom, ih, eu não tenho nada que reclamar... Do hospital, não tenho nada que reclamar, nem do HI, nada, nada, pra mim, às vezes as pessoas diz eu não gosto de tal hospital, porque é assim, assado, ah, eu gosto muito, eu não tenho nada que reclamar, nada nem do HU nem do Caridade, nem de nada, nem do Hospital Infantil com criança, não tenho nada, reclamação nenhuma. Era muito legal.”* Uma associação das duas últimas foi relatada por uma entrevistada: *“Eles atendiam bem sim, davam remédio e eles melhoravam”*.(I2)

A noção de **confiabilidade** apareceu nas palavras de uma entrevistada: *“Eu tentava mais levar no médico, que é mais confiável”*. (I4)

Benefícios de atendimento médico acompanhado de **doações** que as auxiliavam em suas dificuldades econômicas foram apontados por três entrevistadas.

*“E aí a gente já ia lá consultar e já aproveitava e fazia o enxoval...”* (I2)

*“O mais moço nunca deu nada. Eu cuidava dele lá na LBA, tinha o cartãozinho. Eu pegava o leite todo mês e eles examinavam, tinha médico lá. Foi o que me valeu, pois o pai morreu (referindo-se ao esposo) quando ele tinha cinco anos. Criei ele sozinho”*. (I4)

*“Então naquela época era tinha a LBA (no Centro da cidade) os médicos ali, eles atendiam as pessoas carentes, né. Então de lá eu trazia o leite, é, eu trazia o leite que eles davam, sabe, pra gente, pra crianças e o medicamento também”*. (I6)

Esses locais de atendimento médico associado à procura de serviços de assistência social são referidos de forma positiva por essas entrevistadas, que de outro modo pareciam não encontrar a mesma motivação para a procura de atendimento em saúde, pois essas mesmas entrevistadas destacaram também dificuldades de acesso aos serviços oficiais de saúde (distância física, escassez de meios de transporte e dificuldades econômicas) como fatores desmotivadores para a procura da medicina oficial/profissional.

Uma entrevistada referiu ainda a **possibilidade de realização de exames complementares**: *“eu levava antes no Hospital Infantil, já tudo, fazia raio x, tudo, que fazia, o que mandasse...”* (I3)

No grupo II aparecem outras motivações.

É interessante notar que todas as entrevistadas do grupo II referiram, de forma direta ou indireta, a formação de um **bom vínculo terapêutico** com o profissional. Buscaram manter o acompanhamento da saúde dos filhos com o mesmo médico:

*“cuidava eles cum médico só”*. (N4)

Outra refere que sempre procurava que o filho fosse atendido *“pelo médico dele”*. (N6)

Outra refere que ela sempre teve um só pediatra que fazia o acompanhamento: *“Sempre no pediatra dela, os outros eram só remendo”*. E que sempre procurava esse médico primeiro, tanto na clínica como algumas vezes foi ao encontro dele em seus plantões no HI. Fala que sempre *“preferia levar no médico”*. (N5)

Essas entrevistadas referem-se ao acompanhamento da saúde dos filhos com um médico pediatra, porém outra entrevistada refere um vínculo criado previamente ao nascimento do filho, podendo-se supor uma boa relação entre a paciente e um médico que representa o papel de médico da família: *“ela que cuidou de mim desde a gravidez, ela que descobriu. Tem agora seis anos ele, que ela cuida dele* (referindo-se a médica que atende o filho)”.(N3)

Dessa forma, o bom relacionamento médico-paciente fica apontado como fator de preferência ao atendimento médico.

Os estudos de Donabedian, citados por Caprara e Rodrigues (2004), mostram que a qualidade de atendimento percebida pelos pacientes depende em 30 a 40% da capacidade diagnóstica e terapêutica do médico e de 40 a 50% da relação médico-paciente. Os autores colocam que “uma melhor relação médico-paciente não tem somente efeitos positivos na satisfação dos usuários e na qualidade dos serviços de saúde, mas exerce também uma influência direta sobre o estado de saúde dos pacientes”<sup>62</sup>.

Uma entrevistada refere o fator de **proximidade** como fundamental na procura da ULSRT.

*“E sempre era no posto de saúde (ULSRT), o lugar mais próximo que tinha, porque ônibus...(...) geralmente preferia levar no posto de saúde que era mais próximo, né”* (N7)

Outra refere a proximidade também como fator importante:

*“no posto já que tem na comunidade a gente tenta usar.”* (N3)

Aqui é importante notar o contraste existente entre os grupos I e II. Cinco das seis integrantes destacaram a dificuldade de acesso como determinador da menor procura por atendimento da medicina oficial. No grupo II essa procura se encontra ampliada, porém apenas duas das sete entrevistadas apontaram a importância da proximidade para a busca ao serviço oficial de saúde.

Pode-se perceber também que no grupo I foram apenas três entrevistadas que procuraram a ULSRT enquanto todas as do grupo II referiram algum tipo de atendimento na ULSRT, mas com frequência e percepção da qualidade de atendimento bastante variáveis, o que poderia indicar que o estabelecimento de uma ULS foi um importante facilitador de um primeiro acesso a serviços oficiais de saúde mas que não foi um fator determinante das escolhas subsequentes.

A proximidade é uma fator importante na escolha do serviço da saúde<sup>1,58</sup>. Assim a distância foi apontada como fator importante para explicar a não procura por um serviço de saúde, porém a proximidade não indica necessariamente a sua utilização, havendo, portanto, outros fatores envolvidos, revelando a complexidade das escolhas terapêuticas.

Helman enumera razões que levam a procura (ou não) do médico: (1) disponibilidade real de assistência, (2) possibilidade de o paciente pagar por ela, (3) fracasso ou sucesso nos setores informais ou populares, (4) a maneira como o paciente e (5) as outras pessoas percebem o problema<sup>1</sup>.

Todas essas cinco razões foram encontradas nas falas das entrevistadas em diversos momentos. As razões (1) e (2) enumeradas por Helman<sup>1</sup> estão presentes nas falas que explicam as dificuldades de acesso aos serviços oficiais, principalmente no grupo I, tanto físicas quanto econômicas. A razão (3) foi encontrada na narrativa das tentativas prévias no âmbito familiar (nos grupos I e II) e por terapeutas populares, no grupo I especialmente a figura da benzedeira. As razões (4) e (5) também aparecem em várias falas, como, por exemplo, na associação de percepção de gravidade com a procura pelo médico.

Mugisha et al. (2004), em seu trabalho sobre utilização de serviços de saúde, encontraram que os fatores determinantes do início do tratamento diferem dos fatores envolvidos na retenção posterior ao tratamento. Os fatores preditivos positivos do primeiro contato com o serviço de saúde oficial foram renda familiar, educação, residência urbana e competência esperada do profissional. O único fator preditivo positivo encontrado para a retenção no serviço de saúde foi qualidade de atenção percebida<sup>63</sup>.

Os fatores para procura dos serviços oficiais de saúde pelas moradoras da área de abrangência da ULSRT também parecem ser os mesmos citados por estes autores, bem como o fator de retenção relacionado à qualidade de atenção.

Quanto ao único fator preditivo positivo para a retenção ao serviço de saúde, a qualidade de atenção percebida pode ser um fator que ajuda a compreender porque no grupo II a ULSRT apareceu como um serviço procurado por todas as entrevistadas, porém utilizado rotineiramente apenas por duas entrevistadas, que fizeram elogios ao atendimento. De acordo com os estudos de Donabedian, citado por Caprara e Rodrigues, 40 a 50% da percepção da qualidade de atendimento se deve à relação médico-paciente<sup>62</sup>.

A **“inexperiência” como mãe** foi apontada por duas vezes como motivo para maior procura por atendimento médico:

*“sempre foi assim, era o único procedimento (referindo-se a ir ao médico) porque só uma filha, não tinha experiência, sempre tudo novo”. (N6)*

*“mas geralmente assim em casa, em casa, em casa mesmo de tratar, sem médico a gente nunca ficava, né, porque também eu era bem novinha quando casei, não sabia nem o que que fazia quando eles ficavam doentes que não fosse correr ao posto de saúde ou então ao médico mesmo no hospital”. (N7)*

A **possibilidade de atendimento por um médico pediatra (“especialista em crianças”)** aparece na fala de três mães:

*“agora que tá tendo a pediatra, a gente tá levando no posto de saúde”. (N2)*

*“É meio difícil marcar consulta lá com ela, tem muita gente (referindo-se a pediatra da ULSRT)”. (N3)*

Ou ainda nesta fala:

*“O hospital mesmo com eles só o HI, que eu procuro. Já é próprio pra criança, né?”. (N2)*

*“Mas como agora me indicaram essa médica (pediatra) do posto que é muito boa, tu já conhece ela? Ela é muito boa, então eu vou ali, né, porque, pô, o plano de saúde é assim, paga a metade (...)”. (N2)*

Esta fala parece traduzir a importância da presença de um pediatra na unidade, já que, a partir do momento em que este profissional está disponível a mãe considera o atendimento na ULS semelhante àquele do plano de saúde.

As cinco entrevistadas do grupo II que referiram a ULSRT como secundária referiram atendimento com médico pediatra em serviços privados.

*“Corria pro pediatra... (clínica) qualquer dúvida que tinha”. (N6)*

*“Eu tinha a pediatra, a Dra. L., era 4 em 4 meses... (referindo-se a pediatra que atendia pelo plano de saúde)”. (N2)*

*“sempre foi o Dr. F. B, o pediatra dele. E depois, hoje em dia a Dra. F., né, que cuida dele, homeopata.(...) Eu geralmente assim, ó, porque eu tenho convênio, né, eu sou funcionária dos correio, então eu tenho convênio, né, então eu penso dessa maneira. Se eu posso levar meu filho, e, ao invés de levar no posto, pra tá tirando a vaga dos outros, então eu levo no médico*

*dele, que é melhor, eu vou, né, eu não vou tirar a vaga de ninguém e ele vai ser atendido mais rápido pelo pediatra, pelo médico dele”. (N5)*

A **valorização dos especialistas** bem como a sua procura está mais presente no grupo II. No grupo I o especialista é mencionado apenas por uma entrevistada e como recomendação de outro médico: *“eles descobriram na maternidade já, porque quando ele saiu lá já vim com a ordem pra ir pro Dr. M. J. (cirurgião pediátrico)”*. (N2) Já no grupo II além de referências mais claras a procura por pediatras, a procura por especialidades dentro da pediatria também foi apontada, tanto nas falas que expressam a procura por atendimento no HI quanto nas que indicam a procura por serviços de saúde privados. Nesta fala, a mãe revela que foi sua própria iniciativa procurar diretamente um especialista: *“eu via que ela tinha o pescoço muito grosso, aí eu levei ela no endócrino pra ver, que eu tenho problema de tireóide, então eu levei ela pra saber se ela tinha ou não”*. (N4)

A **rapidez** é apontada por uma das entrevistadas *“Ah, porque o atendimento é mais rápido, né. Assim, é clínica, só ligar, já marca já vai assim. Às vezes chega e mesmo que não tem vaga eles atende na hora”*. (N1)

Nesta outra fala também há referência a rapidez:

*“teve dor de cabeça, mas por falta de visão, quando era menor... a gente que viu que ele tinha muita dor de cabeça, levamos. O Dr. F. mandou...o oftalmo... de imediato também já providenciou o óculos”*. (N5)

Esses dados são concordantes com o que Helman expõe sobre dados colhidos junto a pacientes que optam pela assistência particular à saúde, referindo maior tempo e maior possibilidade de escolha quanto ao tratamento<sup>1</sup>.

É interessante observar que enquanto no grupo I a distância foi ressaltada para expressar a dificuldade de atendimento, no grupo II é o tempo de espera que indica a facilidade de atendimento.

Foram relatados fatores relacionados a alguns recursos populares que desagradavam às mães e por estes motivos justificaram preferir a medicina oficial.

No grupo I uma entrevistada referiu desconfiança em relação à benzedura: *“Mas aí eu não gostava muito dessas coisas (...) ela (referindo-se a benzedeira) dava, diz que ela dava remédio, mas eu nunca fui na casa dela, não confiava meus filhos com ela”*.(I2)

Uma possível explicação do motivo pelo qual essa fala é de uma integrante do grupo I e de não termos encontrado nenhuma fala semelhante no grupo II pode ser a maior frequência do uso da benzedura no passado, sendo assim, essa senhora, expressa sua opção pessoal por avaliá-la como um diferencial dela em relação às demais senhoras.

Além desta fala, é possível lembrar como os fatores indicadores de motivação para procura pela medicina oficial podem indiretamente reduzir a procura pela medicina popular.

#### 6.4.2 FATORES MOTIVADORES PARA A BUSCA PELA MEDICINA POPULAR

Cinco entrevistadas (todas do grupo I) apontaram especialmente a **dificuldade de acesso** à biomedicina como empecilho ao seu uso, destacando a distância física, escassez de meios de transporte, dificuldades financeiras tanto para locomoção quanto para alcançar atendimento médico ou ainda na compra de medicamentos prescritos:

*“... e aí se não resolvia tinha que levar no médico que era na cidade (referindo-se ao centro de Florianópolis), no departamento ou na assistência. Ia de carroça. Ônibus saía da Costeira”.(I1)*

*“Não tinha recurso naquele tempo”.(I2)*

*“E o remédio comê que eu havia de comprar?”. (I5)*

Uma entrevistada referiu a dificuldade adicional de uma doença pessoal: *“Eu também tinha bronquite muito forte não podia andar”.(I4)*

Outro aspecto da dificuldade de acesso foi levantado por essa entrevistada:

*“Era aquela coisa que antigamente era difícil mulher sair de casa... era difícil... A gente não sabia nem as rua. Sabes quando eu comecei a levar meus filhos pro Hospital Infantil? Eu ainda alembro a rua que eu levava eles que eu não sabia mais. Só por aquela rua. Mais nada”.(I5)*

Outro fator apontado foi o **descontentamento com o atendimento médico**. Duas entrevistadas referiram franco desgosto com o atendimento encontrado na ULSRT:

*“Mas tu sabes que nossos posto aqui a gente nunca é bem atendida”. (I4)*

*“Levei depois de grande, mas só me decepcionei”. (N6)* Ela relatou que foi prescrito benzetacil, porém que não foi realizado “teste de alergia” e que a filha é “toda alérgica”, então



a entrevistada se recusou a seguir a prescrição: *“mas também fiz tudo o contrário do que ela (referindo-se à médica que atendeu na ULSRT) falou”*.

*“porque tem médico que só quer observar”*. (N1)

Mais uma vez a questão da percepção do bom atendimento e vínculo com o terapeuta aparece como fator importante na escolha do recurso terapêutico.

A **falta de entendimento/conhecimento do recurso oficial utilizado**, dando preferência a um recurso popular aparece nesta fala:

*“às vezes o chá caseiro eu acho que até alivia mais que esses xarope porque eles (referindo-se aos médicos) indicam tanto xarope, tanto xarope, tu não sabes qual usar”*. (N2)

Aqui se reflete a importância da relação médico-paciente discutida por Machado<sup>21</sup>. Também Pachter aponta a relação entre erros de comunicação e “distância cultural”<sup>22</sup>. A distância cultural não está relacionada apenas às diferentes origens culturais dos pacientes, sua família e profissionais de saúde, mas o próprio processo de “endoculturação” que ocorre na formação dos profissionais de saúde, descrita por Helman. Helman mostrou como a percepção das alterações de saúde é diferente entre médicos e leigos, na conceituação de enfermidade (disease) e doença (illness). Partindo desse conhecimento, este autor sugere quatro estratégias para aperfeiçoar a relação médico-paciente: (1) compreender a doença (illness), (2) melhorar a comunicação, (3) tratar a doença e a enfermidade (disease) e (4) avaliar o papel do contexto<sup>1</sup>.

O **tempo** da sala de espera também foi apontado como desmotivador para a procura do atendimento médico:

*“Vai pro posto perde tempo, vai pro hospital perde mais tempo ainda, né. A farmácia é mais rápido, chega lá o farmacêutico já tá lá pronto pra atender”*. (N7)

A **percepção de um bom resultado** alcançado pela benzedura é apontada por duas entrevistadas:

*“Ah, foi deixando de chorar, pra dormir...”* (I3)

E nesta fala sobre a benzedura de “machucado”/erisipela: *“Faz bem”*. (N3)

Outras três entrevistadas consideraram o recurso popular importante, acreditam nele, mesmo tendo acesso também à medicina oficial:

*“Ah, porque a gente levava no médico, aí quando não tinha jeito ia procurar outro lado, né. Se melhorava... Mas o médico continuava”*. (I3)

*“Mas tinha coisa que a gente percebia que não era de levar no médico”.(I6)*

*“A não ser que fosse um problema como esse da minha filha, né, que não dava, eu levava pra médico, tudo, e não teve solução (até que conta que levou pra benzer) e, graças a Deus, ela ficou curada”.(I5)*

Nestas falas e naquelas que se referem à procura de um tratamento espiritual e das benzedadeiras, citadas anteriormente, aparece à **valorização de um aspecto não físico relacionado à cura das doenças**.

Loyola aponta a classificação de doenças encontrada pelos populares de Nova Iguaçu como doenças espirituais e doenças materiais. As primeiras são aquelas cuja origem foge à verificação prática e que, através de exclusões sucessivas, são percebidas, *a posteriori*, como doenças não materiais. Para essa população, “do ponto de vista das técnicas de cura, a doença espiritual não é somente a que o médico desconhece e não compreende, mas também a que ele não cura. As doenças materiais são qualificadas de “leves” e “graves”, segundo o risco de vida que representam para o indivíduo, o que já foi discutido anteriormente<sup>ll</sup>.

Helman reforça essa visão. Ele inclui o modelo explanatório que o paciente usa para explicar sua doença como fundamental na escolha do tratamento. Para as doenças consideradas sobrenaturais, curandeiros populares sagrados são preferidos. E a procura por médicos ocorre mais nas doenças consideradas naturais, principalmente se graves<sup>l</sup>.

Outros autores apontam a relação entre fenômenos religiosos e serviços de cura<sup>4,34,36,38,48</sup>.

Levando em consideração as diferenças entre os relatos dos grupos I e II, percebe-se algumas mudanças ao longo dos anos do período estudado, em relação ao itinerário terapêutico.

Quanto ao uso de chás no momento presente, apenas uma entrevistada disse não usar mais (I3). Duas indicaram usar menos com os filhos saindo da infância, uma indicou usar eventualmente (como já usava no passado), e as demais mostraram que seguem usando: “*as ervas a gente dá, antiga já que a gente faz* (referindo-se a ervas que já usava antes)”.(I2)

Quanto ao uso caseiro de medicamentos industrializados ou em consulta informal com o farmacêutico, mostrou-se muito mais frequentemente entre as entrevistada do grupo II, parecendo indicar que é uma manifestação mais recente da medicina popular.

Araújo salienta os movimentos de recriação cultural, nos quais as práticas populares se modificam e se perpetuam<sup>35</sup>.

Metcalf, Berger e Negri (2004) destacam a importância de conhecer as práticas populares de cuidados com a saúde no atendimento de atenção primária à saúde. Os autores colocam que, no país, terapeutas populares ocupam grande espaço no sistema de saúde, propiciado pela falta de cobertura do sistema formal. Porém, ponderam que a medicina popular existe mesmo em locais com amplo acesso a serviços de saúde oficiais, pois ela representa um corpo próprio de conhecimentos em constante transformação, inclusive incorporando elementos da medicina formal, e que faz parte da cosmovisão da população em questão<sup>9</sup>.

Parece haver uma tendência à substituição - não total, mas parcial – do uso caseiro de chás e plantas medicinais pelo uso de medicamentos adquiridos em farmácias.

Uma entrevistada apresenta uma possibilidade de resposta, porém muitos outros fatores podem estar envolvidos: *“que naquela época a gente quase não usava remédio de farmácia pras crianças, né, hoje não, hoje qualquer coisa a gente já vai nas farmácia, já tem. E era tudo longe. Era as erva que a gente tinha em casa. E aí a gente... E era assim que a gente criava os filhos, né...”* (I6)

Quanto à prática da benzedura, curiosamente no grupo II foi encontrado o uso atual e familiar da benzedura, o que discorda com os dados da literatura que referem a benzedura como figura social importante sem referir um papel doméstico<sup>3,4,34,35,36</sup>.

Apenas uma integrante do grupo II referiu a figura da benzedura do mesmo modo que as integrantes do grupo I, e que estão em consonância com a literatura. Quando se referiam a benzeduras quase todas usavam os verbos no passado e referiram a morte das mesmas, mostrando que para as entrevistadas as benzeduras são vistas não apenas como uma classe de terapeutas, mas também alguém com quem possuem um vínculo pessoal. Mais uma vez aparece a questão do vínculo paciente/terapeuta.

*“Não, não, por aqui não tem. (...) nós tínhamos, a dona J. até ela já é falecida. (...) Aí tinha uma sra., também já faleceu”.* (N4)

Apenas uma entrevistada referiu com alegria: *“era uma senhora de idade que eu lembro, mas não sei, acho que quando começou a benzer ela era novinha. Ela ainda inxiste, ela”.* (I4)

Foi observado que a homeopatia saiu da medicina popular e aparece como prática oficial, comparando os grupos I e II.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quanto à busca pela medicina oficial/profissional:

- está associada principalmente à noção de gravidade, seja pela intensidade de um sintoma ou pela dificuldade de resolução no âmbito popular;
- a escolha do local de atendimento parece ser inicialmente norteadada pela facilidade de acesso, porém é a percepção da qualidade de atendimento, principalmente a boa relação médico-paciente que parecer nortear as escolhas subseqüentes;
- há uma percepção de maior facilidade de acesso a serviços de saúde oficiais e maior valorização do acompanhamento médico do desenvolvimento da criança através de consultas de puericultura ao longo das décadas estudadas;
- a procura de serviços de saúde oficiais com abordagens diferentes da biomedicina também foi referida.

Quanto à busca pela medicina popular:

- foi a primeira opção terapêutica para as mulheres mais idosas e ainda representa os primeiros cuidados dispensados à saúde da criança, mesmo quando a mãe refere que considera o atendimento médico como primeira escolha, muitas vezes ela busca recursos na própria comunidade antes de recorrer à medicina oficial;
- o uso de chás foi a principal manifestação de medicina popular no âmbito familiar, referido por todas as entrevistadas, sendo a família a fonte de indicação mais freqüente, principalmente a mãe das entrevistadas (avó das crianças);
- os chás mais utilizados pelas mães entrevistadas na comunidade do Rio Tavares têm seu uso amplamente difundido na medicina popular brasileira e estudos farmacológicos iniciais que parecem corroborar a indicação popular;

- parece haver ao longo dos anos maior difusão do uso de medicamentos industrializados no âmbito familiar, paralelamente à maior valorização do acompanhamento médico;
- o terapeuta popular mais valorizado foi a benzedeira, figura ligada ao catolicismo popular e cujo tratamento é baseado principalmente com orações, sendo que seu papel parece estar diminuindo com os anos;
- um novo elemento, que é uma figura que representa um papel intermediário entre a medicina popular e a medicina oficial, o farmacêutico, vem ganhando espaço: consultas informais com aconselhamento e indicação de medicamentos, ou ainda a troca de medicamentos prescritos por outros são práticas citadas pelas entrevistadas. O conhecimento biomédico oficial, reconhecido como próprio dos médicos pelas entrevistadas, parece ser mais vantajoso na consulta ao farmacêutico, pela rapidez e por este profissional ser capaz de estabelecer um bom vínculo com a clientela. Ao contrário da benzedeira, seu papel parece estar aumentando com os anos.

#### Quanto ao itinerário terapêutico:

- a busca de recursos na própria família e na comunidade foi a primeira escolha para as mulheres mais idosas;
- apesar de haver maior valorização do atendimento médico oficial, no decorrer dos anos, a procura de solução para os problemas de saúde se inicia no âmbito familiar para todas as entrevistadas;
- em relação à procura de outros recursos terapêuticos além dos chás e medicamentos que têm em casa, as mulheres parecem valorizar dois aspectos, presentes em todas as falas, direta ou indiretamente: (1) o vínculo/relação com o terapeuta (benzedeira/farmacêutico/médico); (2) a classificação que conferem ao problema em questão, nos casos considerados graves (agudos ou que não vêm sendo resolvidos) a opção é feita pelo serviço médico oficial. Outros aspectos levados em consideração nas escolhas foram: (a) doenças classificadas como não conhecidas pelos médicos, necessitando de tratamento espiritual, (b) disponibilidade aos serviços de saúde, seja por proximidade ou possibilidade de pagamento.

## **NORMAS ADOTADAS**

Este trabalho obedece às normas para os Trabalhos de Conclusão de Curso de Graduação em Medicina, de acordo com a resolução nº 001/2001 aprovada em Reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina em 05 de julho de 2001.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1). Helman CG. Cultura, Saúde e Doença. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
- 2). Langdon E J. Cultura e os processos de saúde e doença. In: Sollberger JL, Oliveira M. Anais do Seminário Cultura, Saúde e Doença. Londrina: Ministério da Saúde/UEL/ Secretaria Municipal de Ação Social/Prefeitura Municipal de Londrina; 2003. p.91-107.
- 3). Flores e Silva Y. Doenças e Tratamentos entre Famílias do Ribeirão da Ilha [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1991. 178p.
- 4). Queiroz MS. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro; 1993. p.272-282.
- 5). Knauth DR, Oliveira FA. Antropologia e Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004. p.155-159.
- 6). Prefeitura Municipal de Florianópolis [homepage na internet]. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis [citado em 06/01/06]. Disponível em: [http://www.pmf.sc.gov.br/saude/unidades\\_saude/pop\\_abrangencia/frame\\_pop\\_unidades.htm](http://www.pmf.sc.gov.br/saude/unidades_saude/pop_abrangencia/frame_pop_unidades.htm)
- 7). Matos FJdA. Living pharmacies. Ciência e Cultura Journal of the Brazilian Association for the Advancement of Science 1997 Dec; 49(5/6):409-412.
- 8). Corrêa DL. O uso da planta de goiaba (*Psidium Guajava*) no tratamento da diarreia na comunidade do Rio Tavares/Florianópolis/SC [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003. 20p.
- 9). Metcalf EB, Berger CB, Negri Filho AA. A Medicina Tradicional, Alternativa e Complementar. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.160-165.
- 10). Buchillet D. A antropologia da doença e os sistemas oficiais de saúde. In: Buchillet D. Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia. Belém: MPEB/CEJUP/UEP; 1991.
- 11). Loyola MA. Medicina Popular: rezas e cura de corpo e alma. Ciência hoje 1987 set;6(35):34-43.

- 12). World Health Organization Geneva. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine 2000. Disponível em: [www.who.int/medicines/library/trm/trm\\_strat\\_eng.pdf](http://www.who.int/medicines/library/trm/trm_strat_eng.pdf)
- 13). World Health Organization Geneva. WHO Traditional medicine strategy 2002-2005.
- 14). Wiseman N. Designations of medicines. Evidenced-based Complementary and Alternative Medicine 2004 Dec; 1(3):327-329.
- 15). Laprega MR. Processo saúde-doença e níveis de prevenção. In: Franco LJ. Passos ADC. Fundamentos de Epidemiologia. Barueri, SP: Manole; 2005
- 16). Andrade LOM, Barreto ICHC, Fonseca CD. A Estratégia Saúde da Família. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.88-100.
- 17). Segre M, Ferraz FC. O conceito de saúde. Revista Saúde Pública 1997; 31 (5): 538-42.
- 18). Alcântara P. Introdução ao estudo da Pediatria. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. Pediatria Básica. São Paulo: Sarvier; 2003. p.3-9.
- 19). Behrman RE. Overview of Pediatrics. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Testbook of Pediatrics. Pennsylvania/USA: Saunders; 2004.p1-5
- 20). Marcondes E. Ser puericultor. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. Pediatria Básica. São Paulo: Sarvier; 2003. p.117-123.
- 21). Machado DVM. Relacionamento médico-paciente. In: Machado DVM. Ação psicoprofilática do pediatra. São Paulo: Sarvier; 1979. p.1-7.
- 22). Pachter LM. Questões culturais na assistência pediátrica. In: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM. Nelson Tratado de Pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1997.p18-21
- 23). Eldin S, Dunford A Fitoterapia na atenção primaria à saúde. São Paulo: Manole; 2001.
- 24). amhb.org [homepage na internet]. Brasília: Associação Médica Homeopática Brasileira [citado em 05/01/06]. Disponível em: <http://www.amhb.org.br/nuke/modules.php?name=News&file=article&sid=252>
- 25). Martins EIS, García EG. Pontos de acupuntura: guia ilustrado de referência. São Paulo: Roca; 2003.



- 26). Acupuntura.org [homepage na internet]. Rio de Janeiro: Acupuntura.org: *Website* criado e mantido pelo Dr. Marcus Vinicius Ferreira [citado em 05/01/06]. Disponível em: <http://www.acupuntura.org/especial/acmves06.htm>
- 27). Pustai OJ. O sistema de saúde no Brasil. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.69-75.
- 28). Hospital Infantil Joana de Gusmão [homepage na internet]. Florianópolis: Hospital Infantil Joana de Gusmão c2006 [atualizado janeiro de 2006, citado em 05/02/06]. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/Historico.htm>
- 29). Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago [homepage na internet]. Florianópolis: Hospital Universitário; c2005 [citado em 05/01/06]. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/historico.html>
- 30). Coelho RCHA, Santos EKA, Tavares AM, Tobias LT, Fischer Júnior R. *Programa Capital Criança: resgatando a cidadania*. Florianópolis: Insular; 2004.
- 31). acm.org [homepage na internet]. Florianópolis: Associação Catarinense de Pediatria [citado em 06/02/06]. Disponível em: <http://www.acm.org.br/scp/principal/index.php?pagina=../noticias/prefeitura.php>
- 32). Maués RH, Maués MAM. O modelo da “reima”: representações alimentares em uma comunidade amazônica. In: Oliveira RC. *Anuário Antropológico 77*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1978. p.120-147.
- 33). Maués MAM. “Lugar de Mulher”: Representações sobre os sexos e práticas médicas na Amazônia. In: *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p.113-25.
- 34). Nascimento MAH. O concreto das práticas populares de cura desenvolvidas em Matinha. R. *Enferm. UERJ* 1996 maio; 4(1):59-70.
- 35). Araújo MAM. *Das ervas medicinais à fitoterapia*. Cotia/SP: Ateliê; 2002.
- 36). Quintana AM. *A ciência da benzedura: mau-olhado, simpatias e uma pitada de psicanálise*. Bauru, SP: EDUSC; 1999.
- 37). Minayo MCS. Representações de cura no catolicismo popular. In: Alves PC, Minayo MCS(org). In: *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p.57-72.

- 38). Rabello CM. Religião, ritual e cura. Alves PC, Minayo MCS(org). In: Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p.47-56.
- 39). Monticelli M. O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 1994. 260p.
- 40). Di Stasi LC. Plantas medicinais: arte e ciência. Um guia de estudo interdisciplinar. São Paulo: UNESP; 1996.
- 41). Simões CMO, Mentz LA, Schenkel EP, Irgang BE, Stehmann JR. Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS; 1995
- 42). Guerra MP, Nodari RO. Biodiversidade: aspectos biológicos, geográficos, legais e éticos. In: Simões CMO, Schenkel EP, Gosmann, Mello JCP, Mentz LA, Petrovick PR (orgg). Farmacognosia: da planta ao medicamento. Porto Alegre/Florianópolis: Editora da UFRGS/Editora da UFSC; 2003..
- 43). Schulz V, Hänsel R, Tyler VE. Fitoterapia racional: uma guia de fitoterapia para as ciências da saúde. São Paulo: Manole; 2002.
- 44). Sacramento HT. Prefácio à edição brasileira. In: Eldin S, Dunford A Fitoterapia na atenção primária à saúde. São Paulo: Manole; 2001
- 45). Carriconde C. Introdução ao uso de fitoterápicos nas patologias de APS: direcionado aos profissionais do programa de saúde da família. Olinda: Centro Nordestino de Medicina Popular; 2002.
- 46). Lorenzi H, Matos FJdA. Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas cultivadas. Nova Odessa/SP: Instituto Plantarum; 2002..
- 47). Santos Júnior, W. Perfil dos pacientes de cinco grupos de diabéticos quanto à utilização de chás como o objetivo de tratar o diabetes [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002. 60p.
- 48). Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R, Minayo MCS (org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.
- 49). Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

- 50). Laville C, Dionne J. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte: Editora UFMG; 1999.
- 51). Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.
- 52). Kuhnen A. Lagoa da Conceição: meio ambiente e modos de vida em transformação. Florianópolis: Cidade Futura; 2002.
- 53). Peluso Júnior VA. O espaço físico. In: Melo OF(org). História sócio-cultural de Florianópolis. Florianópolis: Lunardelli; 1991.
- 54). Guiafloripa.com.br [homepage na internet]. Florianópolis: Guia Floripa - O Endereço de Florianópolis na Internet; c1996-2006 [citado em 06/02/06]. Disponível em:  
<http://www.guiafloripa.com.br/cidade/dadosgeo.php3>
- 55). Epstein O, Perkin GD, Bono DP, Cookson J. Exame Clínico. Porto Alegre: ArtMed; 1999.
- 56). Rumel D, Toscano CM, Mengue SS, Duncan BB. Condições de Saúde da População Brasileira. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.59-75.
- 57). Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Livraria Martins Fontes; 1977.
- 58). Takeda S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed; 2004. p.76-87.
- 59). Coordenação de Estudos e Pesquisa sobre a Infância [homepage na internet]. Rio de Janeiro: Universidade de Santa Úrsula [citado em 15/02/06]. Disponível em:  
<http://www.usu.br/cespi/marclegi.htm>
- 60). Sousa DA. Significado da Saúde e da Doença para moradores da área de abrangência do Centro de Saúde da lagoa da Conceição- Florianópolis/SC [monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2005. 45p.
- 61). Queiroz MS. Farmacêuticos e médicos: um enfoque antropológico sobre o campo de prestação de serviços de saúde em Paulínea. In: Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1994. p.153-66.
- 62). Caprara A, Rodríguez J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciência e Saúde Coletiva 2004;9(1).

63). Mugisha F, Bocar K, Dong H, Cheppng'eno G, Sauerborn R. The two faces of enhancing utilization of health-care services: determinants of patient initiation and retention in rural Burkina Faso. *Bulletin of the World Health Organization* 2004 Ago; 82(8).

## ANEXOS

### ***ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***

Meu nome é Elisa Julieta Dias e estou desenvolvendo a pesquisa *Cuidados com a saúde de crianças: itinerário terapêutico e medicina popular no Rio Tavares*. Esta pesquisa tem como objetivo conhecer as estratégias utilizadas por moradoras da área de abrangência da Unidade Local de Saúde do Rio Tavares para cuidados com a saúde de crianças no período de 1970 a 2005. Este estudo é necessário porque é esperado que o resgate do conhecimento de práticas de cuidado à saúde na comunidade permita ampliar a compreensão de como a população cuida de sua saúde, quais os recursos populares que utilizam para atuar no processo saúde-doença e identificar fatores que incentivam e fatores que dificultam o acesso a serviços oficiais de saúde.

Para efetuar a pesquisa, serão realizadas entrevistas com moradoras da área de abrangência da Unidade Local de Saúde do Rio Tavares com idade igual ou superior a 35 anos e que residam há mais de 35 anos no Rio Tavares e que tenham cuidado de pelo menos uma criança no período de 1970-2005. Esperamos que a realização desta pesquisa traga como benefícios para a comunidade do Rio Tavares uma melhor abordagem por parte dos estudantes e profissionais de saúde da Unidade Local de Saúde do Rio Tavares no que se refere a indicação, orientação e possivelmente até na oferta de cuidados à saúde desta comunidade, através da ampliação do conhecimento a respeito de estratégias adotadas na busca de cuidados com a saúde de crianças.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode entrar em contato pelo telefone 244 8139. Se você estiver de acordo em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizados neste trabalho.

Assinaturas:

Pesquisador principal \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, fui esclarecida sobre a pesquisa *Cuidados com a saúde de crianças: itinerário terapêutico e medicina popular no Rio Tavares* e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Assinatura: \_\_\_\_\_

***ANEXO 2: ROTEIRO PARA ENTREVISTA***

Local

Data

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome/codínome

Idade

Telefone ou endereço para contato

Tempo de residência no Rio Tavares

Local(is) de residência anteriore(s)

Número de filhos

Nome/codínome e idade dos filhos.

**Nascidos depois de 1970**

Cuidou de alguma outra criança?

Nome/codínome, grau de parentesco e tempo de cuidado

Escolaridade

**ROTEIRO DE PERGUNTAS**

O que fazia quando a criança ficava doente? (Itinerário)

Recursos na comunidade.

Como era o atendimento local (onde? como? pagamento)

Quando procurava hospital, clínica ou Posto de Saúde? (Biomedicina)

Quais os recursos que utilizava e ainda utiliza fora do atendimento biomédico?

Por que preferia um recurso ao outro? (Domiciliar, medicina popular e atendimento biomédico)